GINECOLOGIE

NADEJDA CODREANU, VALENTINA BALTAG,
MARIN ROTARU

GHID PENTRU INSUŞIREA DEPRINDERILOR PRACTICE

CZU: 618.1(075.8)
B24

Lucrarea a fost aprobată la Comisia Metodică Centrală a USMF "Nicolae Testemiţanu" proces verbal N1 din 12 octombrie 1998

Recenzenţi:
Doctor habilitat în ştiinţe medicale, specialist principal obstetrician-ginecolog al MS Republica Moldova, şeful secţiei de perinatologie a Institutului de cercetări ştiinţifice în domeniul ocrotirii sănătăţii Mamei şi Copilului
VALENTIN FRUPTU

Doctor în ştiinţe medicale, conferenţiar universitar, şeful catedrei de obstetrică şi ginecologie N3 a USMF "Nicolae Testemiţanu"
PETRU ROŞCA

ISBN 9975-945-14-7
© Nadejda Codreanu, Valentina Baltag, Marin Rotaru, 1998

Cuprins

PREFAŢĂ 7

PARTEA I. SCHEMA FIŞEI DE OBSERVAŢIE A GINECOPATELOR 9

PARTEA II. EXAMENE COMPLEMENTARE PENTRU DIAGNOSTICUL INFECŢIILOR UROGENITALE
Recoltarea frotiului şi evaluarea gradului de puritate a conţinutului vaginal 25
Recoltarea frotiului pentru diagnosticul chlamidiozei urogenitale 26
Examenul primar la gonoree 27
Examenul primar la tuberculoză 29
Tratamentul cu gonovaccin 32
Tratamentul cu pirogenal 32
Recoltarea spermei şi evaluarea spermogramei 33

PARTEA III. TESTELE DIAGNOSTICULUI FUNCŢIONAL
Colectarea materialului pentru analiza colpocitologică şi evaluarea profilului colpocitologic 34
Temperatura bazală 36
Proprietăţile glerei cervicale 37
Semnul "pupilei" 37
Capacitatea de extensie a glerei cervicale şi fenomenul de cristalizare a ei 38

PARTEA IV. DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI COLULUI UTERIN
Frotiul Papanicolau 41
Testul Schiller 41

Colposcopia (simplă, detaliată, cromocolposcopia, colpomicroscopia) ... 43
Biopsia colului uterin ... 47
Patologia cervicală ... 48
Diatermoexcizia (electroconizarea) colului uterin ... 50
Polipectomia ... 51

PARTEA V. DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI CORPULUI UTERIN
Sondajul cavității uterine ... 53
Raclajul diagnostic fracționat al mucoasei uterine ... 55
Raclajul aspirator al mucoasei uterine ... 57
Biopsia prin aspirație ... 59
Histerosalpingogragia (metrosalpingografia) ... 60

PARTEA VI. APRECIEREA STĂRII FUNCȚIONALE A TROMPELOR UTERINE
Pertubația ... 63
Hidrotubația diagnostică ... 64
Hidrotubația curativă ... 65
Cromohidrotubația ... 65
Diagnostica ultrasonoră a permeabilității trompelor uterine ... 66
Metode speciale de investigație. Testul postcoital ... 69

PARTEA VII. OPERAȚII GINECOLOGICE MICI
Puncția exploratorie a fornixului posterior (culdocenteza) ... 75
Introducerea steriletului ... 77
Întreruperea sarcinii prin *abrazio cavituteri* ... 79
Întreruperea sarcinii prin *vacuum-aspirație* ... 82

PARTEA VIII. TEHNICI ANESTEZIOLOGICE FOLOSITE ÎN GINECOLOGIE
Noțiuni generale ... 84

Tehnica anesteziei paracervicale ... 85
Tehnica anesteziei pudendale ... 86

PARTEA IX. UTILIZAREA PREPARATELOR HORMONALE ÎN GINECOLOGIE
Contracepția hormonală ... 87
Hemostaza hormonală ... 94
Probele hormonal-diagnostice ... 97
Gradul de pilozitate după scara Feriman-Golwei ... 100
Sursele de producere a androgenelor ... 101
Algoritmul de evaluare a amenoreei (proba cu progesteron negativă) ... 102
Algoritmul de evaluare a amenoreei (proba cu progesteron pozitivă) ... 103
Influenta hormonilor gonadelor asupra ciclului reproductiv feminin de la naștere la bătrânețe ... 104
Algoritme de evaluare a amenoreei primare la adolescente ... 105
Schema diagnostică a hirsulismului ... 108

PARTEA X. OPERAȚII GINECOLOGICE
Pregătirea preoperatorie a ginecopatelor ... 109
Colporafia anterioară ... 112
Colpoperineoplastica ... 113
Rectocele, enterocele ... 115
Cistocel, uretrocel ... 116
Laparotomia mediană inferioară ... 117
Laparotomia prin incizie transversală suprapubiană după Pfannenstiel ... 119
Tubectomia ... 121
Ovarectomia ... 123
Histerectomia subtotală fără anexe ... 124
Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală ... 125

Extirparea uterului cu anexe 126
Conduita ginecopatelor în perioada postoperatorie 128
Profilaxia infecţiilor nozocomiale 132

PARTEA XI. NOŢIUNI DE HEMOTRANSFUZIE
Aprecierea grupei sanguine 135
Aprecierea factorului rezus 136
Tehnica hemotransfuziei 137
Tehnica reinfuziei sângelui 139
Profilaxia, detectarea şi terapia reacţiilor şi complicaţiilor posttransfuzionale 140

PARTEA XII. INFECŢIILE SEXUAL TRANSMISIBILE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENTUL. (RECOMENDĂRI A OMS) 149

ANEXE
Foaia de titlu a fişei de observaţie a ginecopatelor 168
Prescripţia preparatelor medicamentoase larg folosite în ginecologie 169
Curbele temperaturii bazale 176
Instrumente pentru operaţii ginecologice 178
Modele de completare a formularelor medicale 179
Lista întrebărilor pentru partea practică a examenului la ginecologie 189

PREFAŢĂ

Astăzi asistăm cu toţii la o explozie în domeniul investigaţiilor paraclinice. Faptul însă nu scade ci dimpotrivă măreşte necesitatea unui diagnostic clinic precis, căci problemă diagnosticului în ginecologie, ca şi în celelalte domenii ale medicinei, este prima care trebuie rezolvată. Dar fără o semiologie tehnică riguroasă diagnosticul este de neconceput, şi în lucrarea prezentă găsim o schemă clară şi completă de interogare şi inspecţie a ginecopatei în vederea stabilirii diagnosticului clinic.

În ginecologie verificarea diagnosticului clinic se face printr-o aprofundată investigaţie paraclinică apoi, în unele cazuri, prin actul operator. Lucrarea pune la dispoziţia cititorului aspectele practice ale unor metode de investigaţii complementare, paraclinice, iar expunerea lor succintă, clară şi bine sistematizată facilitează mult valorificarea acestui material.

Sunt tratate cu minuţiozitate aspectele practice ale conduitei ginecopatei în perioada preoperatorie şi postoperatorie – domeniu foarte important pentru succesul unui tratament chirurgical. Domeniile privind utilizarea practi-

că a preparatelor hormonale (hemostaza hormonală, contracepţia hormonală, probele hormonal-diagnostice) găsesc o tratare adecvată. Găsim o excelentă prezentare a complicaţiilor posttransfuzionale şi a metodelor de prevenire şi combatere a lor. Exemplele de protocoluri pentru cele mai răspândite operaţii ginecologice, precum şi modelele de completare a formularelor medicale dau amprentă de originalitate ghidului propus.

Această lucrare concepută cu multă competenţă şi claritate de expunere, se adresează în primul rând studenţilor facultăţilor de medicină, dar şi medicilor practicieni interesaţi de aspectele practice ale unor tehnici şi manopere ginecologice. Ghidul şi-a meritat pe deplin denumirea, deoarece se impune prin caracterul lui practic, concentrând într-un volum redus o informaţie importantă. În acelaşi timp el oferă cititorului o schemă de gândire pe care se vor putea însera cunoştinţele dobândite prin lecturi ulterioare. Deaceea îl recomand cu multă căldură, ca o frumoasă realizare pentru care îi felicit pe autori.

VALENTIN FRIPTU

Doctor habilitat în ştiinţe medicale,
specialist principal obstetrician-ginecolog
al MS Republica Moldova,
şeful secţiei de perinatologie
a Institutului de Cercetări Ştiinţifice
în domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului

PARTEA I. SCHEMA FIŞEI DE OBSERVAŢIE A GINECOPATELOR

I. Date personale

Numele, prenumele_____

Vârsta_____ Naţionalitatea_____

Starea civilă (căsătorită, necăsătorită, văduvă, concubină)___

Profesia, specialitatea_____

Locul de muncă_____

Locul de trai_____

Internată în staţionar (ora, ziua, luna, anul)_____

Motivele internării (internarea solicitată din proprie iniţiativă sau la indicaţia medicului specialist din policlinică sau alte unităţi spitaliceşti)

Modul de transportare (cu ambulanţa, elicopterul, transport de ocazie, alte mijloace, de sinestătător)_____

II. Acuze la internare

Se indică acuzele la momentul internării în ordinea importanţei pe care o prezintă. Acuzele principale sunt simptomele subiective cele mai pronunţate, care au servit drept motiv de adresare la medic. Simptomele trebuie să fie descrise cantitativ (frecvenţă, durată) şi calitativ (intensitate).

Pentru stările acute se indică numai acuzele la momentul internării, pentru maladiile cronice acelea tipice pentru toată perioada. Se indică localizarea anatomică a

simptomelor şi caracteristicile evoluţiei (continuă, discontinuă, în crize).

• ***Durerea.*** În prezenţa acestui simptom se descrie localizarea exactă (regiunea hipogastrică stângă, regiunea hipogastrică dreaptă, regiunea sacrală, lombară), caracterul (acută, surdă, înţepătoare, sâcâitoare), intensitatea (mică, moderată, pronunţată), frecvenţa, iradierea (în rect, vezica urinară, omoplat, alte organe sau zone), momentele provocatoare sau de jugulare (eventual menstruaţia – în aşa caz de menţionat dacă odată cu menstruaţia durerea diminuează, dispare sau se intensifică), durata (continuă, discontinuă, paroxistică).

• ***Hemoragia.*** Se descrie data şi dacă e posibil ora apariţiei, cantitatea (neînsemnată, moderată, abundentă), aspectul sângelui (roşu aprins, brun, cu sau fără chiaguri), caracterul hemoragiei (continuă, discontinuă), evoluţia în dinamică (a diminuat, s-a menţinut la acelaşi nivel, a devenit mai abundentă). De asemenea se descriu simptomele ce au acompaniat nemijlocit hemoragia (dureri, vertijuri, etc.). Se specifică legătura hemoragiei cu ciclul menstrual (legată sau nelegată de menstruaţie, corespunzător meno- sau metroragie).

• ***Leucorea.*** Se descrie culoarea eliminărilor (albicioase, gălbui, verzui, transparente); densitatea (lichide, mucozitare, dense), cantitatea (neînsemnate, moderate, abundente), mirosul (fără miros, acriu, de peşte, fetid), alte semne specifice (seroase, purulente, sanguinolente, spumoase, brânzoase).

• ***Dismenorea.*** Se descriu caracteristicile menstruaţiei: regularitatea, frecvenţa (normală, opsomenoree, proiomenoree), cantitatea (normală, hipermenoree, hipo-

menoree), durata menstruaţiei (normală, polimenoree, oligomenoree), prezenţa durerii înainte sau în timpul menstruaţiei. În caz de amenoree se specifică caracterul ei (primar, secundar), vechimea simptomului (ultimii 2 ani, ultimele 6 luni, etc.), legătura cu vre-un factor eventual provocator (stres, traumă, infecţie, etc.).

• ***Sterilitatea.*** De menţionat caracterul sterilităţii (primar, secundar), vechimea simptomului, ce mijloace anticoncepţionale a folosit de la debutul vieţii sexuale, cât timp nu le mai foloseşte.

• ***Dereglarea funcţiei organelor adiacente.*** Tulburări urinare – hematurie, polakiurie, disurie (micţiune dureroasă, frecventă, imperioasă), incontinenţă urinară ortostatică; tulburări intestinale – constipaţie, diaree, melenă, rectoragii, tenesme.

• ***Dereglarea raporturilor sexuale.*** Scăderea libidoului, durere în timpul actului sexual (dispareunie), hemoragie de contact, lubrificarea vaginului insuficientă, lipsa orgasmului.

• ***Prolabarea organelor genitale.***

• ***Alte simptome.***

III. Istoricul bolii actuale

Debutul bolii:

• data (sau perioada aproximativă)

• simptomele principale (care determină tabloul clinic)

• cauza eventuală şi circumstanţele de apariţie (ziua, noaptea, după traumă, efort fizic, surmenaj intelectual, coit, avort, naştere, suprarăcire, etc.)

• factori declanşatori ale puseelor evolutive pentru maladiile cronice (efortul fizic, stresul psihic, consumul

de groguri, accident, etc.)

Evoluția ulterioară a maladiei:

• dinamica principalelor semne și simptome

• perioadele de exacerbări și remisiuni

• simptome supraadăugate în timp

• factori provocatori și jugulatori

• data, caracterul și evoluția ultimei acutizări în legătură cu care s-a tratat în staționar

• examene complementare deja realizate (examene biochimice, hormonale, EUS, etc.)

• internări, tratamente (ambulator, staționar, autotratare, remediile administrate și eficacitatea lor)

• gradul de lezare a capacității de muncă în legătură cu maladia (cât de des și pe cât timp a fost eliberat buletin de boală, grupa de invalidităte)

• evoluție spre:

- agravare
- estompare
- dispariție (spontan, cu tratament)

IV. Antecedente personale

Antecedente personale patologice:

• în ordinea cronologică sunt enumerate maladiile extragenitale suportate, inclusiv în perioada neonatală

Anamneza ginecologică și sexuală:

• apariția și dezvoltarea caracterelor sexuale secundare

• vârsta apariției menarhe, termenul în care s-au stabilit menstruații regulate

• mensis – se descrie regularitatea (regulate, neregulate), frecvența, durata, abundența fluxului menstrual

(neînsemnat, moderat, abundent), aspectul sângelui menstrual (roșu, brun, cu chiaguri), prezența durerii (nedureroase, dureroase – înainte sau în timpul menstruației)

• maladiile ginecologice suportate în copilărie (vulvovaginită, eliminări patologice din vagin, traume genitale, intervenții chirurgicale) și pe parcursul vieții (afecțiuni inflamatorii, endocervicoză, endometrioză, miom uterin, tumori tuboovariale, chist ovarian, chistom, cancer etc - vârsta, tratament, eficacitate, consecinte)

• operații ginecologice suportate (caracterul intervenției - de urgență sau «la rece», complicații intra- și postoperatorii)

• data ultimei menstruații

• debutul vieții sexuale: partenerul este sănătos sau suferă de maladii cronice, viața sexuală armonioasă sau nu (frigiditate, impotență, dispareunie, hemoragie de contact, etc.); concluziile sexopatologului dacă a fost consultată; anticoncepționale (vechime, tip, toleranță)

• climaxul sau menopauza (de la ce vârstă)

Anamneza obstetricală:

• în ordinea cronologică sunt enumerate toate sarcinile și se menționează cu ce s-au terminat: naștere la termen (înainte de termen, după termen) cu sau fără complicații (hemoragie, traumă, infecție puerperală), intervenții obstetricale (operație cezariană, forceps obstetrical), starea copilului (sănătos, traumat, maladie congenitală, etc.), avort medical spontan sau provocat (termen, indicații, complicații)

Antecedente alergologice:

• intoleranță la medicamente, produse alimentare,

mirosuri, substanţe chimice, plante, etc. Manifestările (edem, erupţii cutanate, prurit, bronhospasm, etc.)

Antecedente heredo-colaterale:

• părinţii:
- starea de sănătate
- vârsta şi cauza decesului
• fraţi/surori/copii:
- starea de sănătate
- vârsta şi cauza decesului
• Boli familiale:
- HTA, diabet zaharat, gută, miom uterin, mastopatii, endometrioză etc.

Condiţii de viaţă şi muncă:

• ocupaţia şi caracteristicile sale, noxe
• orarul şi igiena alimentaţiei
• cantitatea de alcool şi tutun consumate zilnic şi vechimea (în ani)
• respectarea orelor de odihnă (somn, concedii)
• condiţiile de locuit
• în urgenţele ginecologice interesează ora ultimei ingestii alimentare

V. Examenul obiectiv

Starea actuală:

• starea generală: satisfăcătoare, grav-medie, gravă
• poziţia: activă, pasivă, forţată
• conştiinţa: clară, obnubilată, stupor, sopor, comă
• expresia feţei: liniştită, apatică, suferindă, etc.
• constituţie: normostenică, astenică, hiperstenică, intersexuală
• talia, ponderitatea, temperatura corpului

• tegumente şi mucoase: culoarea (roz-pală, palidă, cianotică, lividă, hiperemiată, icter), edem, pigmentare, strii, erupţii, turgor (normal, scăzut), etc.
• glandele mamare: gradul de dezvoltare după Tanner, forma, simetricitatea, aspectul tegumentelor de asupra glandei mamare (normal, hiperpigmentare, hiperemie, semnul "cojii de portocală"), areola şi mamelonul (aplatizat, invaginat, cu aspect normal). Palparea glandei mamare (în decubit dorsal şi în ortostatism cu mâinile după cap) ţesutul omogen sau se apreciază indurаţie locală, nodul(i) cu indicarea localizării exacte, sensibilitatea la palpare, secreţii din glanda mamară (cantitatea, caracterul)
• pilozitate: de tip feminin, hipertricoză, hirsutism
• ţesut musculo-adipos: dezvoltat normal, insuficient excesiv, localizarea depunerii preponderente a stratului subcutanat adipos
• sistemul ganglionar limgatic: se va nota volumul, sensibilitatea, consistenţa, limitele şi mobilitatea ganglionilor din ariile ganglionare cervicale (parotidiene, submaxilare, jugulo-carotidiene, spinale), supraclaviculare, axilare, inghinale

Examenul pleuropulmonar:

• simptome: durere toracică, tuse, expectoraţie, dispnee, hemoptizie
• inspecţie: deformarea toracelui, modificarea mişcărilor respiratorii (respiraţie superficială, asimetrie, punerea în acţiune a muşchilor respiratori accesori), cianoză, circulaţie colaterală toracică, hipocratism digital
• auscultaţie: murmur vezicular (normal, diminuat, abolit), raluri (ronflante, crepitante, sibilante, frecătură pleurală). Frecvenţa respiraţiei.

Examenul cardiovascular:

• simptome: dispnee de efort, de repaus, durere toracică, palpitații, pierdere de cunoștință, dureri ale membrelor inferioare

• inspecție: dispnee de repaus, deformarea toracelui, circulația colaterală toracică, acrocianoză, turgescența venelor jugulare

• auscultație: zgomote (ritmice, aritmice), sufluri (sediu, iradiere, intensitate, timp - sistolice, diastolice), frecătură

• tensiunea arterială, pulsul (frecvența, ritmicitatea, filiform sau normal)

Aparatul digestiv:

• simptome: disfagie, durere abdominală, greață, vomă, constipație, diaree, hematemeză, melenă, rectoragii, tenesme

• inspecție: tegumentele - icter, angioame stelate, circulație venoasă colaterală; limba - umiditate, saburație, peretele abdominal - cicatrici, hernii; volumul abdomenului - mărit sau nu, simetric sau nu, participă sau nu în actul de respirație

• palparea abdomenului (superficială și profundă): puncte dureroase, hiperestezie cutanată, defansul muscular, semnele de excitare ale peritoneului, conturarea formațiunii tumorale (localizarea, volumul, consistența, mobilitatea, sensibilitatea)

• percuția abdomenului: zone de matitate pe flancuri sau pe toată suprafața, percuția spinelor iliace anterosuperioare (timpanită clară bilaterală sau unilaterală, matitate accentuată bilaterală sau unilaterală)

• ficatul: dimensiunile, sensibilitatea la palpare

• splina: dimensiunile, sensibilitatea la palpare

Aparatul urinar:

• simptome: dureri lombare (colică nefretică, apăsare), hematurie, polakiurie, disurie (micțiune dureroasă, frecventă, imperioasă), incontinență de urină, edeme

• semnele tapotamentului renal bilateral (negative, slabpozitive, pozitive)

VI. Examenul ginecologic special

Inspecția organelor genitale externe:

• organele genitale externe dezvoltate normal sau se constată patologii (inflamație, condiloame acuminate, varice, etc.), tegumentele părții interne a coapselor (hiperpigmentare, hiperemie, eczemă, etc)

• pilozitatea: tip feminin, masculin, intersexual

• fanta genitală: închisă, întredeschisă, beantă

• vestibulul vaginal și glandele bartoline, aspect normal sau patologic

Examenul în valve:

• mucoasa vaginului (roz-pală, hiperemiată, cu depuneri albicioase, sângerări punctiforme, dilatări venoase varicoase, cicatrici, malformații, tumori, etc)

• colul uterin:

- situarea: mediană, excentrică (dreapta, stânga, anterior, posterior)

- forma: cilindrică la multipare, conică la nulipare

- orificiul extern: punctiform la nulipare, în fantă transversală la multipare

- epiteliul de pe partea vaginală a colului uterin – curat, eroziat, dimensiunile eroziei

- modificările mucoasei exocervicale: ectropion, polip, ouă Nabothi, tumori

• eliminări:

- cantitatea (mică, abundentă, moderată)
- culoarea (gălbuie, albicioasă, transparentă, verzuie, cafenie)
- consistența (lichidă, vâscoasă, mucoasă)
- miros (obișnuit, fetid, de pește, acriu)
- alte caracteristici (seroase, sanguinolente, purulente, spumoase, brânzoase)
- simptomul "pupilei", extensia glerei cervicale

Tușeul ginecologic bimanual:

• intrarea în vagin: liberă, cu dificultăți

• vaginul: liber, voluminos, îngust, sept

• colul uterin:

- situarea (excentric, centrat pe axul bazinului)
- consistența (elastică uniformă sau neuniformă, rămolit, dur)
- mobilitatea (mobil, imobil)
- sensibilitatea la dislocarea colului uterin (lipsește, durere acută)

• uterul:

- dimensiunile (normale sau mărit corespunzător ... săptămâni de sarcină)
- forma (normală, deformată, uter dedublat, uter în formă de șa, etc.)
- flectarea (anteflexie, hiperanteflexie, retroflexie, lateroflexie), versarea (anteversie, retroversie), poziția (dextropoziție, sinistropoziție, poziție mediană)
- consistența (dur, rămolit, dur-elastic)
- sensibilitatea la palpare (indolor, dureros)

• anexele:

- trompele: nu se palpează, se palpează (dimensiunile, mobilitatea, sensibilitatea)
- ovarele: nu se palpează, se palpează (dimensiunile, consistența, mobilitatea, sensibilitatea)
- formațiuni anexiale (volum, consistență, sensibilitate, legătura cu uterul - prezența șanțului de delimitare între formațiune și corpul uterin)

• fundurile de sac vaginale:

- volumul (fornixele libere, adânci, aplatizate, îngustate, bombate, prolabate în vagin)
- sensibilitatea (indolore, dureroase, extrem de dureroase)

Examenul rectovaginal și rectoabdominal:

• sensibilitatea la palpare

• mobilitatea mucoasei

• starea ligamentelor sacro-uterine

• prezența formațiunilor tumorale în bazinul mic sau lumenul rectal

VII. Diagnosticul preventiv

Se formulează în baza datelor din compartimentele I-VI. În prezența mai multor patologii maladia de bază este aceea care a servit motiv de internare în staționar. Dacă diagnosticul rămâne neclar, se menționează toate diagnosticurile care urmează a fi diferențiate.

VIII. Planul de investigatii

Se indică planul investigațiilor și consultațiilor necesare pentru precizarea și argumentarea indubitabilă a diagnosticului preventiv.

IX. Rezultatele examenului paraclinic

Se indică rezultatele investigaţiilor preconizate în p. VIII, precum şi concluziile consultanţilor.

X. Diagnosticul diferenţial

Diagnosticul diferenţial se face cu stările cele mai probabile pentru cazul dat. De exemplu, dacă ginecopata prezintă hemoragia vaginală ca simptom de bază, diferenţierea se face între maladiile la care hemoragia vaginală este cel mai frecvent simptom (sau unul dintre cele mai frecvente simptome).

Diagnosticul diferenţial se descrie în formă de tabel după următorul model:

Semnul (simptomul)	Maladia 1 (presupusă)	Maladia 2	Maladia 3	Pacienta A
A	+	–	–	+
B	+	+	–	+
C	–	+	+	–

XI. Diagnosticul clinic definitiv şi argumentarea lui

Argumentarea diagnosticului definitiv se descrie după următoarea schemă:

• în baza acuzelor pe care le prezintă pacienta (se enumeră acuzele principale) poate fi suspectat(ă) ... (patologie a organelor genitale interne, proces inflamator în bazinul mic, proces inflamator în anexe, catastrofă în cavitatea abdominală, hemoragie internă, hemoragie disfuncţională, etc.)

• în baza examenului clinic s-a depistat (se enumeră semnele clinice principale, caracteristice pentru patologia discutată), ceea ce demonstrează ... (urmează

concluzia făcută în baza examenului clinic)

• în baza examenului paraclinic, care a relevat (sunt enumerate modificările patologice, constatate prin diferite metode, care confirmă concluziile precedente)

se stabileşte **diagnosticul**:

a) forma clinică, clinico-morfologică sau patogenică a maladiei

b) forma evolutivă – acută, subacută, cronică

c) stadiul, faza, gradul de activitate al procesului

d) complicaţiile

e) maladii asociate

XII. Etiologia şi patogenia maladiei

Se descriu momentele etiopatogenice principale ale maladiei la pacienta dată (se admite în formă de schemă *cauză › efect*).

În primul rând se stabileşte dacă boala discutată are caracter primar sau este secundară, consecinţă a altei maladii.

În primul caz se delimitează dacă e posibil factorul etiologic concret (infecţia, trauma, schimbări morfolofice de organ, ereditatea agravată, etc.).

În cazul doi se indică maladia de bază şi se stabileşte legătura patogenică între dânsa şi patologia discutată.

În toate cazurile se descriu factorii provocatori sau agravanţi, care contribuie la apariţia puseelor evolutive sau progresării bolii, inclusiv factorii de risc.

XIII. Principiile de tratament ale maladiei prezente

La acest capitol sunt descrise doar principiile generale de tratament ale afecţiunii stabilite.

XIV. Planul de tratament şi argumentarea lui

Se stabileşte scopul real al terapiei pacientei date: însănătoşire completă, ameliorarea simptomatologiei, lichidarea sau diminuarea acutizării, prevenirea progresării maladiei în stadiu mai avansat, sporirea capacităţii de muncă, etc.

Se descrie planul terapeutic concret:

• regim

• dietă

• tratament medicamentos (include tratamentul cauzal dacă e posibil, patogenetic, simptomatic; se includ câteva preparate de bază, cu adevărat necesare, evitând polipragmazia):

- preparate, dozele nictemerale
- modul şi frecvenţa administrării
- durata curei de tratament

• tratament nemedicamentos:

- fizioterapie
- gimnastică curativă
- masaj ginecologic
- psihoterapie, hipnoză, etc.

• tratament chirirgical:

- pregătirea preoperatorie (regim, dietă, tratament medicamentos şi nemedicamentos, măsuri speciale – vezi partea "Pregătirea preoperatorie a ginecopatelor")
- descrierea operaţiei
- conduita în perioada postoperatorie (regim, dietă, tratament medicamentos şi nemedicamentos, măsuri speciale – vezi partea "Conduita ginecopatelor în perioada postoperatorie").

XIV. Zilnice

Zilnicele (2-3) reflectă datele examenului pacientei în timpul curaţiei. Ele includ informaţii despre:

• starea generală la momentul curaţiei

• acuzele pentru ultimele 24 ore

• cele mai informative date ale examenului clinic:

- aspectul tegumentelor
- limba
- pulsul
- temperatura corpului
- tensiunea arterială
- palparea abdomenului
- peristaltica intestinală
- eliminări din vagin
- scaunul, micţiunea

Semnele clinice sunt descrise în dinamică. Dacă pacienta se află în perioada postoperatorie pe lângă semnele enumerate se descrie

• *status localis*:

- pansamentul curat sau îmbibat (se descrie caracterul lichidului – seros, sero-sanguinolent, sanguinolent, purulent)
- plaga curată sau infiltrată
- aspectul suturilor (dacă nu au fost înlăturate)
- sensibilitatea la palpare în jurul plăgii

XV. Prognosticul

Se apreciază prognosticul pentru viaţă, sănătate, funcţia menstruală, sexuală, reproductivă, capacitatea de muncă (favorabil, dubios, nefavorabil).

XVI. Epicriza de externare

Epicriza de externare este o descriere succintă a cazului clinic:

- numele, prenumele pacientei
- durata aflării în staţionar
- diagnosticul clinic definitiv
- acuzele la internare
- vechimea bolii
- principalele schimbări patologice pe sisteme şi organe (din datele clinice şi rezultatele examenului paraclinic)
- tratamentul aplicat
- rezultatele tratamentului, starea la externare
- concluzia staţionarului:

- se externează la serviciu
- se externează sub supravegherea medicului de circumscripţie
- se transferă în alt staţionar
- se îndreaptă la tratament balnear
- se îndreaptă la Comisia medicală de expertiză de muncă

- recomandări:

- regim
- dietă
- condiţii de muncă şi trai
- măsuri de profilaxie şi reabilitare
- tratament medicamentos (preparate, doze, modul şi frecvenţa administrării, durata curei de tratament)
- tratament nemedicamentos (fizioterapie, gimnastică curativă, masaj ginecologic, tratament balnear, psihoterapie, etc.)

PARTEA II. EXAMENE COMPLEMENTARE PENTRU DIAGNOSTICUL INFECŢIILOR UROGENITALE

Recoltarea frotiului şi evaluarea gradului de puritate a conţinutului vaginal

Instrumente şi materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon
3. Valve Simps
4. Chiureta Folkmann
5. Lamelă degresată
6. Soluţie de bicarbonat de sodiu

Condiţii:

a) excluderea spălăturilor vaginale în ziua recoltării
b) ultima micţiune cu cel puţin 3 ore înainte de procedură
c) recoltarea materialului se efectuează până la tuşeul bimanual

Vaginul şi colul uterin se expun în valve, partea vaginală a colului uterin se şterge cu tifon înmuiat în soluţie de bicarbonat pentru a înlătura dopul gelatinos cervical, după ce cu chiureta Folkmann se colectează material din fornixul posterior (1), canalul cervical (2), uretră (3). Pentru a recolta eliminările din uretră orificiul ei extern se curăţă cu tifon steril, şi se colectează eliminările apărute în urma masajului peretelui posterior al uretrei cu indexul introdus în vagin. Materialul din punctele enumerate (1,2,3) se aplică separat pe lamela degresată în strat subţire notificând zonele corespunzătoare prin litere: v (vagin), c (cervix), u (uretră). Evaluarea gradului de puritate a conţinutului vaginal se efectuează în conformitate cu datele prezentate în tab. Nr.1.

Tabelul Nr. 1

Evaluarea gradului de puritate a conținutului vaginal

Gradul de puritate	Celule epiteliale	Leucocite	Bacili Doderlein	Coci Gram +	PH vaginal
Gradul I	+	–	+++	–	Reacție acidă 4-4,5
Gradul II	+	+	++	–	Reacție slab acidă 5,0-5,5
Gradul III	++	++	+	+	Reacție neutră sau slab alcalină 6,0-7,2
Gradul IV	+	+++	–	++	Reacție alcalină >7,2

+ unice
++ în cantitate moderată
+++ în abundență
? lipsesc

Recoltarea frotiului pentru diagnosticul chlamidiozei urogenitale

Instrumente și materiale:
1. Pensă port-tampon
2. Tampon de vată
3. Soluție de alcool etilic
4. Valve Simps
5. Chiureta Folkmann
6. Lamelă degresată

Condiții:
a) excluderea spălăturilor vaginale în ziua recoltării
b) ultima micțiune cu cel puțin 3 ore înainte de procedură
c) recoltarea materialului se efectuează până la tușeul bimanual

Vaginul și colul uterin se expun în valve, orificiul extern al uretrei și al canalului cervical se prelucrează cu alcool etilic, apoi din canalul cervical și din uretră cu chiureta se recoltează epiteliul cilindric, astfel încât materialul recoltat să conțină puroi și sânge. Materialul recoltat se aplică în strat subțire pe o lamelă degresată. Preparatul se colorează după Romanowski-Giemsa și se microscopează.

Evaluare. Rezultatul este pozitiv dacă în celulele epiteliale se depistează structurile morfologice tipice pentru chlamidii – corpusculi Provatcek.

Examenul primar la gonoree

a) Bacterioscopie:

• Colul uterin se expune în valve și se prelucrează cu soluție 2% de acid boric
• se colectează materialul din:
- uretră (cu ajutorul ansei după masaj prealabil)
- canalul cervical (la adâncimea de 1 cm se introduce pensa anatomică cu brațele închise, neatingând orificiul intern)
- canalele parauretrale
- glandele Bartholin (cu ajutorul ansei)
• se colectează materialul din rect:
- în rect se introduce canula de clismă la adâncimea de 3 cm și lent se introduc 50-80 ml de ser fiziologic la temperatura corpului

- la orificiul distal al canulei se situează un pahar steril în care se colectează apele de lavaj
- din apele de lavaj se separă bucățele de mucus, puroi, țesut infectat, care se aplică pe lamelă

• se efectuează microscopia frotiurilor preparate, colorate după Gram

b) Examenul bacteriologic cu aplicarea metodelor de provocare (se efectuează în cazul când examenul bacterioscopic nu a fost relevant).

Materialul pentru ***examenul bacteriologic*** se colectează timp de 3 zile consecutive cu ansa trecută prin flamură de foc din aceleași zone ca și pentru bacterioscopie. Materialul se aplică pe mediul nutritiv proaspăt pregătit, care poate să fie geloza pepton-ascitică, mediu anascitic din geloză peptonată îmbogățită cu autolizat de drojdie ș.a. Coloniile se identifică după aspectul exterior cu microscopia ulterioară a frotiurilor colorate după Gram.

Examenului bacteriologic la gonoreea se efectuează cu aplicarea ***metodelor de provocare:***

• ***termică***: diatermia pe partea inferioară a abdomenului, regiunea lombară sau intravaginală timp de 3 zile câte 30-40 min. Peste 1-2 ore după fiecare procedură se colectează materialul pentru examenul bacteriologic

• ***chimică***: prelucrarea uretrei cu soluție 1-2 % de nitrat de argint, a canalului cervical cu soluție 3-5 % de nitrat de argint, și rectului cu soluție 1% Lugol în glicerină

• ***mecanică:*** masajul uretrei sau aplicarea pesarului cervical pe 24 ore

• ***fiziologică:*** menstruația (materialul pentru însămânțare se colectează în timpul menstruației)

• ***biologică:*** intramuscular se introduc 500 mln de corpi

microbieni de gonovaccin (0,3-0,5 ml). Timp de 3 zile consecutive se recoltează materialul pentru examenul bacteriologic

• ***alimentară:*** consumarea alimentelor condimentate (sărate, pipărate), berei

De obicei se folosește metoda combinată de provocare – biologică și chimică; alimentară, termică și mecanică; fiziologică, mecanică și chimică, etc.

Examenul bacterioscopic și bacteriologic la gonoree se efectuează atât cu scopul diagnosticului, cât și în calitate de ***criteriu de vindecare***. După finisarea tratamentului peste 7-10 zile se indică provocare combinată (biologică, chimică, mecanică, alimentară) cu examenul ulterior bacterioscopic și bacteriologic peste 24, 48 și 72 ore. Dacă nu s-au depistat gonococi, în următorul ciclu menstrual examenul se repetă. Pacienta se consideră vindecată dacă după examenul bacterioscopic și bacteriologic efectuat pe parcursul a trei cicluri menstruale cu aplicarea metodelor combinate de provocare nu se depistează gonococi.

<u>Examenul primar la tuberculoză</u>

Bacterioscopia și însămânțarea sângelui menstrual:

• colul uterin se expune în specule
• pe col se aplică pesarul Kafka pe 24 ore în timpul menstruației
• pesarul se înlătură
• cu ajutorul pensei conținutul se aplică pe lamelă
• cu ajutorul ansei conținutul pesarului se aplică pe mediul Loewinstein

Bacterioscopia și însămânțarea apelor de lavaj uterin:

• colul uterin se expune în valve

• cu ajutorul seringii Braun sau cateterului de cauciuc în uter se introduc 3-5 ml de ser fiziologic sau soluţie 5% de glicerină, care se lasă în uter pentru 5-10 min

• lichidul întrodus se aspiră cu seringa Braun

• lichidul aspirat se aplică pe placa Petri

• din soluţie se selectează ţesutul descuamat, care se aplică cu spatula sau pensa pe lamelă şi mediul Loewinştein - Iensen

Metoda bacterioscopică:

• colul uterin se expune în specule

• se colectează şi se aplică pe lamele materialul din uretră, canalul cervical, rect

Examenul citologic:

• se efectuează aspiraţia endometrului după metoda descrisă mai jos

• se pregăteşte frotiul pentru examenul citologic – în caz de tuberculoză printre celulele endometriale se depistează celulele gigante Pirogov-Langhans

Probele tuberculinice:

1. Cutireacţia Pirquet:

• pielea părţii interne a antebraţului se prelucrează cu eter sau alcool etilic

• pe piele se aplică o picătură de tuberculină

• se execută scarificarea nesângerândă a pielii în locul picăturii

• peste 24 ore se evaluează reacţia dermotuberculinică după dimensiunile infiltratului:

- până la 5 mm "-"
- 5-10 mm "+"
- în centrul infiltratului vezică sau limfangită "+++"

2. Intradermoreacţia Mantoux:

• pielea părţii interne a antebraţului se prelucrează cu eter sau alcool etilic

• intradermic se întroduce 0,1 ml soluţie tuberculinică (2 UT - unităţi de tuberculină)

• peste 72 ore se evaluează reacţia după dimensiunile diametrului transversal (vis-a-vis de axul antebraţului) al papulei:

"-" 0-1 mm

"+ -" (dubois) 2-4 mm

"+" 5 mm şi mai mult sau reacţie veziculo-necrotică sau limfangită indiferent de dimensiunile papulei

3. Proba subcutană Koch:

• înainte de probă se face hemoleucograma

• pielea antebraţului se prelucrează cu eter sau alcool etilic

• subcutanat se întroduce 1 ml soluţie tuberculinică (20 UT)

• peste 24 şi 48 ore se evaluează ***reacţia cutanată*** (papula de peste 15 mm – proba pozitivă), ***reacţia generală*** (febră +0,5°C, tahicardie ?100 băt./min, inapetenţă, cefalee), ***modificările hemoleucogramei*** (numărul de limfocite ±10% şi mai mult, neutrofile cu nucleu nesegmentat +50% şi mai mult, monocite +4% şi mai mult, accelerarea VSH cu 3 mm/oră şi mai mult) şi ***reacţia de focar*** (eliminări sanguinolente din căile genitale, sensibilitatea uterului şi/sau anexelor, mărirea în volum a uterului şi/sau anexelor)

În prezent utilizarea probei subcutane Koch este redusă din cauza contraindicaţiilor (tuberculoză extrageni-

tală în fază activă, diabet, patologia ficatului, patologia renală).

Tratamentul cu gonovaccin

Indicații:

1. Gonoree ascendentă
2. Ineficacitatea antibioticoterapiei
3. Evoluție torpidă și cronică

Schemă de administrare:

i/m o dată la 2-3 zile în doză crescândă, reieșind din doza inițială 200 mln corpi microbieni. Doza este mărită treptat până la reacție generală (hipertermie, cefalee), locală (durere și hiperemie în locul de administrare) și reacție de focar (durere în organul infectat, eliminări abundente), dar nu mai mult de 2 mlrd corpi microbieni. Cura de tratament include 6-8 injecții.

Tratamentul cu pirogenal

Indicații:

1. Gonoree proaspătă cu evoluție torpidă
2. Gonoree cronică a organelor etajului superior (endometrită, salpingooforită)

Schemă de administrare:

i/m în doza inițială 20-25 DPM (doze pirogenice minime), care induce peste 3-4 ore hipertermie până la 37,5-37,8°C timp de 10-12 ore. Dacă reacția este nepronunțată, doza este mărită la următoarea injecție cu 25-50 DPM, dar nu mai mult de 1000 DPM. Dacă reacția locală și generală este pronunțată, se menține doza respectivă. Injecțiile se fac peste o zi sau fiecare 2-3 zile, cura de tratament include 10-15 injecții.

Recoltarea spermei și evaluarea spermogramei

Sperma poate fi colectată după masturbație, coit întrerupt sau cu ajutorul vibroejaculatorului. Spermograma se studiază în două prize cu intervalul de 15 zile, după abstinență sexuală și alcoolică de 5-7 zile.

Caracteristica spermogramei normale:

- volumul spermei 2-5 ml
- viscozitate: normală 2-4 mm, mărită în cazul afecțiunilor inflamatorii, micșorată în cazul dereglărilor de spermatogeneză
- PH 7,2-7,8
- concentrația spermatozoizilor 40-120 mln/ml
- activitatea spermatozoizilor 40%, peste o oră după ejaculare 25%
- morfologia: 50% de forme normale
- aglutinarea lipsește
- leucocite 5-8 în câmpul de vedere
- granule de lecitină: în abundență

Forme patologice de sperma:

- *azoospermia* – lipsa spermatozoizilor în ejaculat
- *oligozoospermia* – concentrația spermatozoizilor în ejaculat sub 20 mln/ml
- *astenozoospermia* – diminuarea mobilității spermatozoizilor (mai puțin de 25% spermatozoizi mobili peste o oră după ejaculare)
- *necrospermia* – lipsa spermatozoizilor mobili în ejaculat
- *teratozoospermia* – mai puțin de 50% de forme normale de spermatozoizi în ejaculat

PARTEA III. TESTELE DIAGNOSTICULUI FUNCȚIONAL

Colectarea materialului pentru analiza colpocitologică și evaluarea profilului colpocitologic

Principiul metodei: reacția frotiului vaginal (după Gheist și Salmon) depinde de saturația estrogenică a organismului. Sub acțiunea estrogenelor epiteliul vaginal este supus cornificării. El fiind compus din 4 straturi de celule - bazale, parabazale, intermediare și superficiale (ultimele pot fi cornificate, adică cu nucleu picnotic și necornificate) - numărul de celule superficiale, iar dintre ele a celor cu nucleu picnotic este cu atât mai mare cu cât este mai mare saturația estrogenică a organismului.

Instrumente:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon
3. Soluție antiseptică (H_2O_2 3%, cloramină 0,5%)
4. Valve Simps
5. Chiureta Folkmann
6. Lamelă

Condiții:

a) repaus sexual ultimele 24 ore

b) excluderea spălăturilor vaginale ultimele 48 ore

c) excluderea preparatelor hormonale cu 2 săptămâni înainte de procedură

d) gradul de puritate al vaginului I-II

Organele genitale externe se prelucrează cu soluție antiseptică, vaginul și colul uterin se expun în valve. Materialul se recoltează din *portio vaginalis* a fornixului lateral și se aplică în strat subțire pe lamelă. Frotiul se fixează și se colorează după metoda policromatică a lui Papanicolau în modificarea Rudenko. În fișa pentru laborator se indică, pe lângă informația uzuală, ziua ciclului menstrual.

Evaluare. După clasificarea lui Gheist și Salmon se disting 4 tipuri de reacție a frotiului vaginal:

• ***reacția I*** – în frotiu predomină celule bazale (atrofice) și leucocite; acest tip de reacție indică o insuficiență pronunțată de estrogene și se întâlnește la femeile în menopauză, la fetițe până la perioada maturării sexuale și la pacientele cu hipofuncție ovariană sau după ovarectomie

• ***reacția II*** – în frotiu se depistează celule bazale izolate, parabazale și intermediare, ceea ce indică gradul mediu de saturație estrogenică; acest tip de reacție poate fi prezent la o femeie sănătoasă doar în timpul menstruației sau în postpartum

• ***reacția III*** – în frotiu predomină celule intermediare, ceea ce indică o insuficiență neînsemnată a estrogenelor; celulele intermediare se depistează în frotiu în toate fazele ciclului menstrual

• ***reacția IV*** – în frotiu predomină celule superficiale, acest tablou caracterizând funcția estrogenică suficientă a ovarelor

Astfel, într-un ciclu menstrual bifazic reacția frotiului vaginal va suferi schimbări în funcție de faza ciclului menstrual (tab. Nr.2):

Tabelul Nr.2

Datele colpocitogramei în ciclul menstrual bifazic

ZIUA CICLULUI MENSTRUAL

	5-7	7-12	12-14	14	15-18	18-25	25-28
Reacţia frotiului vaginal (după Gheist şi Salmon	III	III	III-IV	IV	IV-III	III	III

Temperatura bazală

Principiul metodei: testul este bazat pe acţiunea hipertermică a progesteronului asupra centrului de termoreglare situat în hipotalamus.

Instrumente:

termometru

Condiţii:

măsurarea se efectuează dimineaţa la una şi aceeaşi oră fără a se scula din pat, fără evacuarea conţinutului vezicii urinare şi al rectului, cu unul şi acelaşi termometru, timp de 5-7 min.

Se măsoară temperatura rectală din 1 zi a ciclului menstrual timp de cel puţin 3 cicluri menstruale (preferenţial 4-6). În baza măsurărilor efectuate se trasează curba temperaturii bazale (vezi anexa).

Evaluare. Curba temperaturii bazale la un ciclu menstrual normal are două faze bine definite – faza hipotermiei relative (36,3-36,8°C) dominată de acţiunea estrogenelor şi faza hipertermiei relative (37,0-37,2 °C), ultima fiind

determinată de acţiunea corpului galben (progesteronului). I fază se termină cu o scădere preovulatorie a temperaturii bazale în medie cu 0,3°C, consecinţă a concentraţiei maxime de estrogene în această perioadă, după care urmează ovulaţia şi creşterea temberaturii bazale indusă de progesteron. Cu 2-3 zile înainte de menstruaţie temperatura rectală scade din nou. Astfel, ***în baza curbei temperaturii bazale putem aprecia:***

- saturaţia estrogenică a organismului (este cu atât mai mare cu cât este mai pronunţată scăderea preovulatorie a temperaturii rectale)
- prezenţa sau lipsa ovulaţiei (în ultimul caz curba va fi monofazică)
- activitatea corpului galben (se consideră suficientă dacă durata fazei a II-a este de 7-10 zile cu o creştere a temperaturii vis-a-vis de I fază de cel puţin 0,4°C)

Proprietăţile glerei cervicale

Principiul metodelor: pe parcursul ciclului menstrual glera cervicală suferă sub acţiunea hormonilor sexuali modificări de cantitate, densitate, elasticitate, opacitate. Sub acţiunea estrogenelor glera cervicală devine abundentă, transparentă, lichidă şi elastică, iar progesteronul o face opacă, densă şi puţin extensibilă. Pe aceste proprietăţi ale mucusului cervical se bazează o serie de semne (semnul "pupilei", semnul "ferigii", capacitatea de extensie a glerei cervicale)

Semnul "pupilei"

Principiul metodei: sub acţiunea estrogenelor orificiul extern al canalului cervical se întredeschide şi se umple

cu mucus transparent. Forma orificiului extern este rotundă sau ovală și datorită reflectării luminii în glera cervicală are aspectul pupilei.

Instrumente:

valve Simps

Condiții anume nu se respectă.

Colul uterin se expune în valve și se apreciază forma și dimensiunile orificiului extern, cantitatea și proprietățile glerei cervicale.

Evaluarea semnului "pupilei" se face după următorul algoritm:

"?" – negativ

"+" – slab pozitiv (orificiul extern este puțin întredeschis și umplut cu o cantitate nu prea mare de mucus transparent)

"++" – pozitiv (orificiul extern al canalului cervical este întredeschis de 0,2 cm cu un conținut mare de mucus transparent)

"+++" – pronunțat (canalul cervical este întredeschis de 0,3 cm cu eliminarea abundentă a glerei cervicale transparente)

Cu cât saturația estrogenică este mai mare, cu atât este mai pronunțat semnul "pupilei", deaceea exprimarea maximă a lui se determină în perioada preovulatorie.

Capacitatea de extensie a glerei cervicale și fenomenul de cristalizare a ei sunt două testuri diferite, care se îndeplinesc consecutiv.

Instrumente și materiale:

1. Valve Simps
2. Soluție antiseptică (H_2O_2 3%, cloramină 0,5%)
3. Pensă port-tampon, cornțang
4. Tifon uscat
5. Lamelă

Organele genitale externe se prelucrează cu soluție antiseptică. Colul uterin se expune în valve, cu tifon uscat se șterge partea vaginală a colului uterin pentru a înlătura secrețiile. În stare închisă cornțangul uscat se introduce în canalul cervical la adâncimea de 0,5-1 cm, branșele cornțangului se deschid cu precauție și se agață mucusul cervical, evitând traumarea colului uterin. După extragerea cornțangului branșele lui se îndepărtează lent, fixând capacitatea de extensie a glerei cervicale. Apoi glera cervicală se aplică pe lamelă, preparatul se usucă la temperatura camerei timp de 1,5-2 ore și se studiază la microscop cu amplificarea de 100-200 ori.

Evaluare. Sub acțiunea estrogenelor glera cervicală devine mai puțin vâscoasă și mai extensibilă. Deaceea capacitatea de extensie a glerei cervicale de peste 12 cm **(+++)** indică o saturație estrogenică bună și se apreciază în preajma ovulației, extensia de 8-12 cm **(++)** indică saturație estrogenică moderată, iar extensia sub 6 cm **(+)** indică insuficiență estrogenică.

Pe lângă aceasta, în preajma ovulației sub acțiunea estrogenelor are loc retenția de natriu, concentrația lui fiind mai mare și în mucusul cervical. Natriul în prezența

mucinei se cristalizează, generând tabloul frunzei de ferigă. Fenomenul cristalizării mucusului cervical poate fi cuantificat în felul următor:

"?" cristalizarea lipseşte, mucusul este amorf (deficit de estrogene)

"+" cristalizare nepronunţată sub formă de ramificaţii izolate, "rătăcite" între elementele celulare şi masa amorfă (saturaţie estrogenică neînsemnată)

"++" tablou clar de "frunză de ferigă" cu ramificaţii secundare şi terţiare (saturaţie estrogenică moderată)

"+++" cristaluri mari grupate în mai multe "frunze de ferigă" cu peţiol masiv, îngroşat de 2-3 ori faţă de ramificaţiile secundare şi terţiare, ultimele sunt aranjate sub unghi de 80° (saturaţie estrogenică maximă)

PARTEA IV. **DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI COLULUI UTERIN**

Frotiurile Papanicolau

❖*clasa a I-a = citologie absolut normală (absenţa oricăror celule atipice).*

❖*clasa a II-a = citologie atipică fără semne de malignitate;*

❖*clasa a III-a = celule sugerând malignitatea, fără ca aceasta să fie evidentă;*

❖*clasa a IV-a = celule susţinând cu mare probabilitate malignitatea;*

❖*clasa a V-a = citologie sigur malignă.*

Testul Schiller

Testul Schiller se foloseşte pentru diagnosticul patologiei colului uterin, precizarea zonei-limită dintre ţesutul patologic şi acela intact.

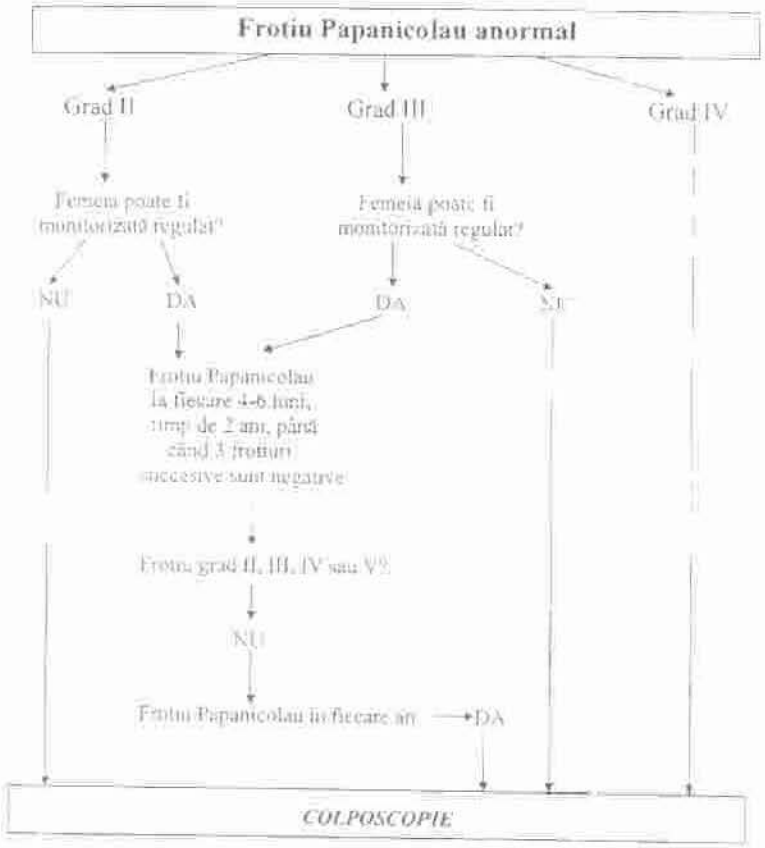
Instrumente şi materiale.

1. Pensă port-tampon
2. Vată, tifon
3. Valve Kusco
4. Soluţie Lugol 2%

Colul uterin se expune în valve, partea vaginală a lui se usucă cu tampon de vată, apoi se prelucrează cu Sol Lugol 2% şi se examinează.

Evaluare. La o femeie de vârstă reproductivă stratul intermediar şi superficial al epiteliului pavimentos conţine mult glicogen, care în prezenţa iodului se colorează uni-

Algoritm pentru managementul femeilor cu frotiu Papanicolau anormal (modificată, după W. Bonnez)



form în culoare brună (***testul pozitiv***). În cazul unui defect al epiteliului pavimentos (erozie veridică, ulcer) sau a substituţiei lui cu epiteliu cilindric, zone de displazie sau cancer aceste porţiuni nu se colorează cu sol. Lugol şi se evidenţiază în formă de pete albe pe fondal brun (***testul negativ***).

Colposcopia (simplă, detaliată, cromocolposcopia, colpomicroscopia)

Instrumente şi materiale.

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Valve Kusco
4. Colposcop
5. Sol. Acid acetic 3%, sol. Lugol 2% (pentru colposcopia detaliată)
6. Filtre colorate: albastru de toluidină, hematoxilina; soluţie de metil violet ş.a. (pentru cromocolposcopie)
7. Colpomicroscop, soluţie de acredin (pentru colpomicroscopie)

Colul uterin se expune în valve şi se usucă atent cu tampon de vată. Iniţial colul uterin se inspectează cu ochiul liber, apoi cu ajutorul colposcopului (***colposcopia simplă, sau de orientare***). Pe urmă mucoasa colului uterin se badijonează cu acid acetic 3%, care distruge mucusul cervical şi spasmează capilarele, astfel ţesutul patologic se vizualizează mai bine la inspecţia prin colposcop. Aceasta este ***colposcopia detaliată***, la care se referă şi colposcopia precedată de testul Schiller.

Dacă pentru colposcopie se foloseşte tubusul cu capacitatea de mărire 150 ori şi mai mult, metoda poartă

denumirea de ***colpomicroscopie*** și este de fapt o analiză histologică a țesuturilor "pe viu". Pentru colpomicroscopie colul uterin se prelucrează cu colorantul acredin.

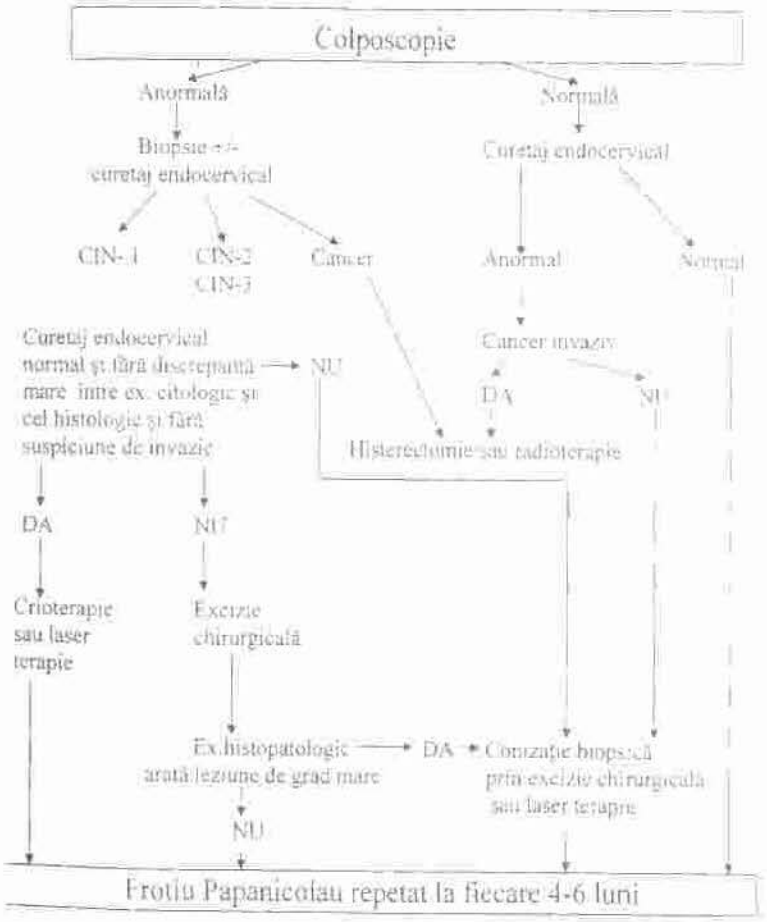
Colposcopia după prelucrarea prealabilă a colului uterin cu coloranți (albastru de toluidină, hematoxilină, soluție de metil violet ș.a.) și prin filtre colorate (albastre, verzi și galbene) se numește ***cromocolposcopie*** și mărește posibilitățile diagnostice ale colposcopiei.

Evaluare. La ***colposcopia simplă*** mucoasa normală a colului uterin pare netedă, lucitoare, iar culoarea variază de la trandafirie deschis până la cianotică înainte de menstruație (la gravide mucoasa este lividă - roșie închis).

La ***colposcopia detaliată*** cu acid acetic în mucoasa normală nu se observă modificări substanțiale, deoarece la mărirea de zece ori vasele subiacente nu se disting sau se observă în formă de rețea foarte subțire. În schimb vasele lărgite din zona procesului patologic după prelucrarea cu acid acetic de 3% se spasmează și dispar din câmpul de vedere, iar în caz de transformare malignă vasele devin spiralate și se determină în formă de tirbușon, virgule, baghete de tobă, etc.

La ***colpomicroscopie*** la femeile de vârstă reproductivă cu mucoasa colului uterin neafectată, în funcție de faza ciclului menstrual, se pot observa toate straturile epiteliului pavimentos. În cazul fiecărei patologii a colului uterin (erozie veridică, polip, ulcer, endocervicoză, displazie, cancer) există tablou colposcopic specific, care permite identificarea patologiei.

Algoritm pentru managementul femeilor care necesită colposcopie (modificată, după W.Bonnez)



Colposcopia

I. Aspecte colposcopice normale:

A) *Epifeliu scuamos* (pluristratificat pavimentos) original;

B) Epiteliu cilindric (epiteliu columnar).

C) Zona de transformare (aria cuprinsă între epiteliul scuamos și epiteliul cilindric).

II. Aspecte colposcopice anormale:

A) Zona de transformare atipică - sunt modificări sugestive pentru neoplazie):

- *epiteliu alb* (aceto-alb);
- *punctația* - zona focală, în care capilarele apar sub forma unor puncte,
- *mozaicul* -leziune de aspect mozaicat;
- *hiperkeratoza* - apare sub forma unor plăci supradenivelate;
- *vasele anormale* - vascularizația anormală.

B) Suspiciunea unui cancer invaziv. Aspect suspect colposcopic, nu însă și clinic.

III. Aspecte colposcopice nesatisfăcătoare

Joncțiunea scuamo-cilindrică nu poate fi pusă în evidență.

IV. Alte constatări colposcopice:

A) Cervicovaginitele - hiperemie difuză, vase evidente, uneori ca în punctație,

B) Erozio vera - denudare, de obicei traumatică, a corionului;

C) Epiteliul atrofic - epiteliu scuamos în circumstanțele carenței est estrogenice, cu vascularizația evidentă, datorită subțirimii sale.

D) Condiloame și papiloame - leziuni exofitice în interiorul sau în afara zonei de transformare.

V. Aspecte colposcopice care sugerează invazia membranei bazale

Pledează pentru invazia bazalei:

- vasele atipice,
- suprafața neregulată cu proeminențe nodulare
- leziunea complexă, întinsă, ascensionată în endocol

Biopsia colului uterin

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile
5. Soluție 10% de acid ε-aminocapronic
6. Valve Simps
7. 2 perechi de pense «tire-balle»
8. Conhotom sau bisturiu
9. Catgut, ac chirurgical (eventual)

Condiții:

a) biopsia este precedată de proba Schiller pentru aprecierea exactă a zonei limită între țesutul patologic și cel intact

b) gradul I-II de puritate a vaginului

c) condiții aseptice (aici și în continuare medicul îmbracă mănuși sterile, prelucrând anterior mâinile cu alcool etilic organele genitale externe și partea internă a coapselor se prelucrează cu soluție 2% de iod sau iodonat)

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve și se fixează cu 2 perechi de pense 'tire-balle' în afara zonei preconizate pentru biopsie. La limita între țesutul intact și acela patologic cu conhotomul sau bisturiul se secționează un lam-

bou cuneiform. Plaga se badijonează cu soluţie 10% de acid ε-aminocapronic, în caz de necesitate se aplică suturi hemostatice. Câmpul operator se prelucrează cu antiseptic.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice colul uterin a fost expus în valve şi fixat cu 2 perechi de pense "tire-balle" în afara zonei preconizate pentru biopsie. La limita între ţesutul intact şi acela patologic cu conhotomul (sau bisturiul) s-a secţionat un lambou cuneiform. Plaga a fost badijonată cu soluţie 10% de acid ε-aminocapronic (sau s-au aplicat suturi hemostatice). Colul uterin şi vaginul au fost prelucrate cu iodonat. Complicaţii n-au fost.

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Biopsia

Prezentăm conduita m funcţie de rezultatul biopsiei, corelat cu datele obţinute prin colposcopie:

1. Displazie uşoară (CIN I) = observaţie.

2. Displazie moderată /severă (CIN II sau III), deci inclusiv carcinomul *in situ* =conizaţie, **cu examen histopatologic.** Dacă leziunea se limitează la carcinom *m situ*, conizaţia poate rămâne tratamentul defmitiv. Dacă leziunea histopatologică este cancer de la stadiul 1 m sus, tratamentul este cel recomandat oncologic.

3. Cancer invaziv, de la stadiul 1 m sus, tratamentul este cel recomandat oncologic.

Patologia cervicală

Conduita

În funcţie de rezultatul citologiei, există mai multe modalităţi de abordare:

1. PAP normal, fără celule maligne:

- se repetă anual toată viaţa, *sau*
- se repetă anual până la două frotiuri normale consecutive, apoi se repetă din 3 în 3 ani;

2. Inflamaţia severă şi infecţia, fără elemente de atipie, necesită tratamentul corespunzător (frotiul indică de obicei şi eventualul agent specific, de exemplu *Gardnerella*, *Trichomonas*, *Candida* etc.); frotiul se repetă obligatoriu după tratament, la maxim 2-3 luni;

3. Atipiile aşa numite „uşoare», nespecifice, necesită doar repetarea frotiului PAP în maxim 4-6 luni;

4. Atipia cu koilocite, fără elemente de neoplazie, necesită repetarea m maxim 4-6 luni;

5. Elemente de displazie uşoară/moderată/severă (CIN 1,11,111) *sau* atipie persistentă *sau* atipie de semnificaţie necunoscută *sau* condilomatoză *sau* carcinom in situ *sau* carcinom invaziv: colposcopie + biopsie;

6. Celule columnare atipice pe frotiul PAP:

- chiuretaj endocervical + biopsie de endometru *sau*
- dilataţie şi chiuretaj fracţionat;

7. Lipsa celulelor endocervicale: urmărire de rutină, cu PAP repetat până într-un an;

8. Metaplazie scuamoasă şi/sau hiperkeratoză: proces benign, deci urmărire de rutină.

Subliniez recomandarea actuală de a se formula diagnosticul frotiului PAP maceiaşi termeni histopatologici ca şi m cazul biopsiei, deci tendinţa de realizare a unui limbaj comun pentru aceste investigaţii paraclinice.

Diatermoexcizia (electroconizarea) colului uterin

Instrumente şi materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile
5. Valve Simps
6. 2 perechi de pense «tire-balle»
7. Electroconizator, electrocoagulator
8. Soluţie 5-10% de permanganat de caliu

Condiţii:

a) gradul I-II de puritate a vaginului

b) anestezie (i/v de scurtă durată)

Pacienta se află în poziţia Trendelenburg, sub sacru printr-un tifon puţin umectat se fixează electrodul neactiv. În condiţii aseptice colul uterin se expune în valve şi se fixează cu pensele "tire-balle", după care se deplasează spre fanta genitală. În orificiul intern se introduce canula electrodului activ, pensele "tire-balle" se înlătură, conizatorul electric se afundă în ţesuturile colului uterin la adâncimea necesară (până la regiunea orificiului intern) şi prin mişcări de rotaţie se efectuează amputarea cuneiformă a colului uterin. După aceasta se efectuează electrocoagularea suprafeţei sângerânde, iar plaga se badijonează cu soluţie 5-10% de permanganat de caliu. Vaginul se prelucrează cu iodonat.

Următoarele 7-10 zile suprafaţa plăgii se prelucrează o dată la 2-3 zile cu soluţie 5-10% de permanganat de caliu. Începând cu ziua 6 – 7-a se pot introduce tampoane cu emulsii antimicrobiene pentru facilitarea detaşării crustei. Pacienta poate fi externată numai după detaşarea crustei (9-10 zi), deoarece în acest moment poate surveni o hemoragie considerabilă. Epitelizarea definitivă are loc peste 5-6 săptămâni.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice colul uterin a fost expus în valve, fixat cu pensele "tire-balle" şi deplasat spre fanta genitală. În orificiul intern al colului uterin a fost introdusă canula electrodului activ, pensele "tire-balle" înlăturate, conizatorul electric afundat în canalul cervical până la regiunea orificiului intern. S-a efectuat amputarea cuneiformă a colului uterin, electrocoagularea suprafeţei sângerânde. Plaga a fost badijonată cu soluţie 5-10% de permanganat de caliu, vaginul prelucrat cu iodonat. Complicaţii n-au fost.

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Polipectomia

Instrumente şi materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile
5. Valve Simps
6. Pensă "tire-balle"
7. Conhotom sau bisturiu
8. Vas, soluţie 10% de formalină
9. Bon de trimitere pentru examenul histologic (formular Nr. 014/u)

Condiţii:

a) gradul I-II de puritate a vaginului

b) evacuarea vezicii urinare

c) condiţii aseptice

d) anestezie (i/v sau locală - infiltraţie cu soluţie 0,25% de novocaină)

În condiţii aseptice colul uterin se expune în valve, vaginul şi colul uterin se şterg cu tifon uscat apoi se prelucrează cu alcool etilic, după care colul uterin se fixează cu pensa "tire-balle" în afara zonei polipului. Polipul canalului cervical se pensează la rădăcină şi se "răsuceşte" cu ajutorul conhotomului, sau se secţionează cu bisturiul dacă e situat pe pedicul lat. Preparatul se fixează în soluţie 10% de formalină şi se expediază la examenul histologic.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului histologic.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul şi partea vaginală a colului uterin s-au prelucrat cu soluţie de alcool etilic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle" în afara zonei polipului. Polipul canalului cervical a fost pensat la rădăcină şi înlăturat cu conhotomul. Preparatul a fost fixat în soluţie 10% de formalină şi expediat la examenul histologic.

Începutul operaţiei – (ora)
Sfârşitul operaţiei – (ora)
Complicatii n-au fost

PARTEA V. DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI CORPULUI UTERIN

Sondajul cavităţii uterine

Instrumente şi materiale:
1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)

Condiţii:
a) cateterizarea vezicii urinare
b) gradul I-II de puritate a vaginului
c) înainte de procedură se efectuează tuşeul bimanual pentru a preciza poziţia uterului
d) condiţii aseptice

În condiţii aseptice colul uterin se expune în valve. Vaginul şi partea vaginală a colului uterin se prelucrează cu soluţie de alcool etilic sau iodonat. Colul uterin se fixează cu pensa «tire-balle» de labia anterioară şi se deplasează posterior (dacă uterul se află în anteflexie) sau anterior (dacă uterul se află în retroflexie) cu scopul redresării canalului cervical pentru a evita perforaţia uterului în timpul sondajului. Ţinând histerometrul cu mâna dreaptă (ca penita) el se introduce cu precautie în canalul cervical (se fixează lungimea canalului cervical), apoi în cavitatea uterină până la fundul uterului (se fixează lungimea uterului). Sonda se introduce în aşa fel încât

suprafaţa ei gradată să fie îndreptată anterior. În timpul introducerii instrumentului o oarecare piedică poate fi resimţită la trecerea prin orificiul intern al canalului cervical şi în cazul unor formaţiuni patologice (polip, aderenţe, noduli submucoşi), însă mişcările forţate trebuie evitate. Histerometrul se introduce ţinând cont de poziţia uterului apreciată la tuşeul bimanual.

Evaluare. Sondajul cavităţii uterine se efectuează ca manoperă de sinestătătoare sau în cadrul altor manipulaţii (chiuretajul cavităţii uterine) şi este o metodă informativă în mai multe sensuri, deoarece permite:

• ***cunoaşterea exactă a lungimii cavităţii uterului***, care la o primipară este de 7 cm, la multipară 8 cm. Deaceea histerometria anticipează unele manipulaţii în cavitatea uterului (raclajul, introducerea steriletului) care necesită această cunoaştere pentru a evita complicaţiile (perforarea uterului)

• ***stabilirea gradului de dezvoltare a uterului*** după raportul dintre lungimea colului şi corpului uterin (norma 1:3). Mai exact gradul de dezvoltare a uterului se apreciază după **formula lui Palmer**:

$$\frac{U - C}{C}$$

unde

U - lungimea cavităţii uterine.

C - lungimea canalului cervical.

Coeficientul ? 1,5 arată dezvoltarea normală a uterului.

<1,5 - uter hipoplazic, < 0,5 – uter infantil.

• depistarea stricturii canalului cervical (dificultate la trecerea sondei prin canalul cervical).

• determinarea schimbărilor în ţesutul endometrial în caz de suspiciune de miom uterin submucos (semnul "străzii pavate" – adâncirea neuniformă a sondei în diferite porţiuni ale uterului);

• depistarea anomaliilor de dezvoltare (sept, uter bicorn, etc.) şi de poziţie ale uterului (lateroflexie, retroflexie, hiperanteflexie);

• diferenţierea miomului uterin de chistul ovarian (în primul caz cavitatea uterului va depăşi dimensiunile normale).

Raclajul diagnostic fractionat al mucoasei uterine

Instrumente şi materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)
8. Dilatatoare Hégar Nr 0 - 8
9. Chiureta Nr 2
10. 2 vase
11. Soluţie 10% de formalină
12. Bon de trimitere pentru examenul histologic (formular Nr 014/u)

Indicaţii:

• suspecţie la cancer endometrial sau al canalului cervical
• polip endometrial al canalului cervical
• hemoragii în menopauză
• pentru precizarea diagnosticului înainte de histerectomie "la rece"

Condiţii:

a) gradul I-II de puritate a vaginului

b) cateterizarea vezicii urinare
c) anestezie (i/v, paracervicală)
d) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se vizualizează în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin se șterg cu tifon uscat pentru a înlătura eliminările, apoi se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează de labia anterioară cu pensa «tire-balle» și se efectuează sondajul cavității uterine cu histerometrul, apreciind lungimea ei. Apoi se purcede la dilatarea canalului cervical cu dilatatoarele Hégar, care se introduc consecutiv (până la Nr.8) după orificiul intern al canalului cervical. În canalul cervical se introduce chiureta Nr. 2 și se efectuează raclajul mucoasei canalului cervical (circular, în direcția de la orificiul intern până la cel extern), colectând raclatul într-un vas. Apoi chiureta Nr. 4 se introduce în cavitatea uterină în așa fel încât curbura chiuretei să coincidă cu cea a uterului și se efectuează raclajul cavității uterine de la fundul uterului spre orificiul intern consecutiv toți pereții uterului și unghiurile tubare în direcția acelui ceasornicului. Raclatul se extrage din cavitate după fiecare 3-4 mișcări ale chiuretei și se colectează în alt vas. După finisarea chiuretajului pensa «tire-balle» se extrage, colul uterin se prelucrează cu soluție 2% de iod sau alcool etilic, se extrag speculele. Pe abdomen se aplică o pungă cu ghiață. Raclatul din canalul cervical și din cavitatea uterului plasate separat în două vase se fixează în soluție

10% de formalină și se expediază la examenul histologic. Pentru fiecare preparat se îndeplinește bonul de trimitere.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului histologic.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin prelucrate cu soluție de alcool etilic. Colul uterin fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle", apreciată lungimea cavității uterine după histerometru (8 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatatoarele Hégar până la Nr. 8. S-a efectuat raclajul mucoasei canalului cervical și al cavității uterine cu chiureta Nr. 2 și Nr. 4 corespunzător, raclatul a fost colectat separat în două vase. Pensa "tire-balle" s-a extras, colul uterin prelucrat cu soluție 2% de iod. Pe abdomen s-a aplicat o pungă cu ghiață. Raclatul a fost expediat la examenul histologic.

Începutul operației – (ora)
Sfârșitul operației – (ora)
Complicații n-au fost.

Raclajul aspirator al mucoasei uterine

Instrumente și materiale.

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)
8. Dilatatoare Hégar Nr. 0 - 8
9. Chiuretă pentru aspirație
10. Vacuum-aspirator
11. 2 lamele
12. Bon de trimitere pentru examenul citologic (formular Nr. 203/u)

Condiţii:
a) gradul I-II de puritate a vaginului
b) evacuarea vezicii urinare
d) condiţii aseptice
e) anestezie (i/v, paracervicală)

Procedura în prima sa parte (până la dilatarea canalului cervical inclusiv) este identică cu raclajul diagnostic fracţionat. După ce canalul cervical a fost dilatat până la Hégar Nr. 7, în cavitatea uterului se introduce o chiuretă specială cu un orificiu fisurat la capăt, conectată la vacuum-aspirator. Aspiraţia endometrului se efectuează din diferite regiuni ale cavităţii uterine. Materialul aspirat se curăţă de chiaguri şi cu ajutorul mişcării uşoare a două lamele se pregăteşte frotiul, care se usucă şi se expediază la examenul citologic.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului citologic.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul şi partea vaginală a colului uterin s-au prelucrat cu soluţie de alcool etilic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle" şi s-a apreciat lungimea cavităţii uterine după histerometru (8 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatatoarele Hégar până la Nr. 7. În cavitatea uterului s-a introdus canula vacuum-aspiratorului şi s-a efectuat aspiraţia endometrului. Pensa "tire-balle" înlăturată, colul uterin şi vaginul prelucrate cu iodonat. Materialul aspirat a fost expediat la examenul citologic.

Începutul operaţiei – (ora)
Sfârşitul operaţiei – (ora)
Complicaţii n-au fost.

Biopsia prin aspiraţie

Instrumente şi materiale:
1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)
8. Seringa Braun cu amboul
9. 2 lamele
10. Bon de trimitere pentru examenul citologic (formular Nr. 203/u)

Condiţii:
a) gradul I-II de puritate a vaginului
b) cateterizarea vezicii urinare
c) condiţii aseptice

Se efectuează tuşeul bimanual pentru a preciza poziţia uterului, după care medicul schimbă mănuşile şi recurge nemijlocit la procedură.

În condiţii aseptice colul uterin se vizualizează în specule, vaginul şi partea vaginală a colului uterin se şterg cu tifon uscat pentru a înlătura eliminările, apoi se prelucrează cu soluţie de alcool etilic. Colul uterin se fixează de labia anterioară cu pensa «tire-balle» şi se efectuează sondajul cavităţii uterine cu histerometrul, apreciind lungimea ei. Apoi amboul unit la seringa Braun se introduce în cavitatea uterină şi de pe diferite porţiuni se aspiră endometrul, care se detaşează uşor. Materialul aspirat se aplică pe o lamelă (cu ajutorul altei lamele), frotiul se usucă şi se expediază pentru microscopie.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului citologic.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin prelucrate cu soluție de alcool etilic. Colul uterin fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle", s-a apreciat lungimea cavității uterine după histerometru (8 cm). În cavitatea uterului s-a introdus amboul unit la seringa Braun și s-a efectuat aspirația endometrului. Pensa "tire-balle" înlăturată, colul uterin și vaginul prelucrate cu iodonat. Aspiratul expediat la examenul citologic.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Histerosalpingografia (metrosalpingografia)

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile (2 perechi)
5. Valve Simps
6. Pensă "tire-balle"
7. Histerometru
8. Seringa Braun
9. Canula Schultz
10. Substanță de contrast (hidrosolubilă: diodon, cardiotrast, verografin, urografin; liposolubilă: iodolipol, maiodil).
11. Instalație pentru radiodiagnostic

Condiții:

a) gradul I-II de puritate a vaginului

b) lipsa proceselor inflamatorii acute și subacute în organe, hemoleucograma și analiza generală a urinei normale

c) lipsa intoleranței la iod

d) cateterizarea vezicii urinare

e) clismă evacuatoare seara și dimineața înainte de procedură

f) Ziua 17-22 a ciclului menstrual (pentru diagnosticul adenomiozei – 7-8 zi)

g) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, vaginul și partea vaginală a colului uterin se șterg cu tifon uscat, apoi se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează cu pensa «tire-balle» de labia anterioară și se deplasează spre fanta genitală. Se efectuează sondajul cavității uterine. În continuare canula Schultz se introduce în cavitatea uterină, la ea se conectează seringa Braun care conține 4-6 ml de substanță de contrast (de preferință urografinul sau verografinul) încălzita la temperatura corpului. Substanța de contrast se introduce lent în cavitatea uterină, apoi canula se extrage și orificiul extern al canalului cervical se pensează cu pensa "tire-balle" pentru a evita scurgerea substanței de contrast. Prima radiogramă se efectuează îndată după introducerea substanței de contrast, a doua – peste 15-20 min; în cazul când pentru investigație este utilizată substanță liposolubilă se mai efectuează radiograma de control peste 24 ore.

Evaluare. Histerosalpingografia este o metodă care permite depistarea insuficienței istmico-cervicale, anomaliilor de dezvoltare ale uterului, a hipoplaziei uterului, nodulilor sub-

mucoşi miomatoşi, sinechiilor intrauterine, adenomiozei, polipilor, aprecierea permeabilităţii trompelor uterine. Fiecare dintre aceste patologii îşi are tabloul său radiologic:

- dacă ***trompele*** sunt permeabile, substanţa de contrast ocupă complet uterul, ambele trompe şi se determină în cavitatea abdominală. În caz de impermeabilitate a trompelor substanţa de contrast nu pătrunde dincolo de zona stricturii şi nu se depistează în cavitatea abdominală;
- semnele radiologice ale ***adenomiozei*** sunt "umbrele după contur" de diferite dimensiuni, care se formează în urma pătrunderii contrastului în cavităţile endometrioidale din miometru;
- ***tuberculoza genitaliilor*** se manifestă prin deformarea cavităţii uterine şi a canalului cervical, obliterarea parţială sau totală a cavităţii uterine. Trompele afectate de bacilul Koch sunt subţiri, netede, drepte, cu dilatare distală în formă de bulbi sau cu aspect de mărgele în caz de stenoze;
- ***miomul submucos*** se vede pe radiogramă în formă de defect de umplere a cavităţii uterului, ultima fiind deformată şi mărită în dimensiuni;
- ***polipoza endometrului*** se caracterizează prin iregularitatea conturului cavităţii uterine;
- ***cancerul corpului uterin*** se vizualizează prin defect de umplere cu desen neobişnuit.

PARTEA VI. APRECIEREA STĂRII FUNCŢIONALE A TROMPELOR UTERINE

Pertubaţia este o metodă de apreciere a permeabilităţii trompelor uterine prin întroducerea aerului (bioxidului de carbon) în trompele uterine şi înregistrarea grafică în timp a presiunii în sistem.

Principiul metodei: cu cât lumenul trompelor este mai mare (trompele sunt permeabile), cu atât presiunea necesară pentru pătrunderea aerului în ele este mai mică şi cu atât mai repede ea scade în continuare.

Instrumente şi materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile (2 perechi)
5. Valve Simps
6. Pensă "tire-balle"
7. Histerometru
8. Canulă
9. Sursă de aer (bioxid de carbon), manometru
10. Chimograf

Condiţii: ca pentru histerosalpingografie.

Se efectuează tuşeul bimanual pentru a preciza poziţia uterului, după care medicul schimbă mănuşile şi recurge nemijlocit la procedură.

În condiţii aseptice colul uterin se expune în valve, vaginul şi partea vaginală a colului uterin se şterg cu tifon uscat, apoi se prelucrează cu soluţie de alcool etilic. Co-

lul uterin se fixează cu pensa «tire-balle» de labia anterioară şi se deplasează în jos. Se efectuează sondajul cavităţii uterine. În continuare canula pentru pertubaţie se introduce în cavitatea uterină, la ea se conectează aparatul care insuflă aer la presiunea iniţială de 90 mm Hg. Se apreciază semnele de pătrundere a aerului în cavitatea abdominală (auscultarea crepitaţiei în regiunea inferioară a abdomenului, simptomul frenicus pozitiv) şi scăderea presiunii în sistem (după curba chimografică). Dacă semnele de pătrundere a aerului în cavitatea abdominală lipsesc şi presiunea în sistem nu scade, presiunea se măreşte până la 150 mm Hg, apreciind aceiaşi parametri, apoi până la 160-180 mm Hg (ridicarea presiunii peste 180 mm Hg este inadmisibilă).

Evaluare. Se pot evidenţia următoarele tipuri de curbe chimografice:

- **tip I**: presiunea maximă necesară nu depăşeşte 90 mm Hg, în dinamică ea scade (***trompele*** sunt ***permeabile***)
- **tip II**: presiunea maximă 150 mm Hg şi scăderea lentă a curbei (***trompele*** sunt ***stenozate***)
- **tip III**: presiunea maximă 160-180 mm Hg, scăderea curbei practic lipseşte (***trompele*** sunt ***impermeabile***)

Hidrotubaţia diagnostică are la bază acelaşi principiu ca şi pertubaţia, doar că în loc de gaz se foloseşte lichid (ser fiziologic, soluţie 0,25% de novocaină, ş.a.) şi nu se înregistrează curba chimogragică (în loc de scăderea presiunii în sistem aici se apreciază prezenţa refluxului din canalul cervical). Hidrotubaţia se efectuează cu ajutorul aparatului tip "Krasnogvardeeţ". Se respectă aceleaşi condiţii ca şi pentru pertubaţie.

Tehnica procedurii este identică cu aceea a pertubaţiei. Semnele de pătrundere a lichidului în cavitatea abdominală sunt senzaţiile dureroase în regiunea proiecţiei trompelor uterine.

Evaluare:

- în timpul hidrotubaţiei trec liber 40-50 ml de amestec medicamentos sub presiunea 80 mm Hg - ***trompele permeabile***
- la presiunea de 100-120 mm Hg se apreciază un reflux neînsemnat - ***stenozarea trompelor de gradul I***
- pentru pătrunderea lichidului în trompe este necesară presiunea de 120-140 mm Hg şi se depistează reflux moderat - ***stenozarea trompelor de gradul II***
- la presiunea de 140-180 mm Hg refluxul este considerabil - ***stenozarea trompelor de gradul III.***

Hidrotubaţia curativă se foloseşte în cazul stenozării trompelor uterine sau pentru reabilitarea pacientelor după tubectomie. Tehnica hidrotubaţiei curative este identică cu cea a hidrotubaţiei diagnostice, doar că în primul caz în cavitatea uterină se introduce un amestec medicamentos din patru componente: lidază 128 Un (sau himotripsină 50 mg), antibiotice (canamicină 1 g), hidrocortizonă 50-70 mg, soluţie de novocaină 0,5% *ad* 20-40 ml. Procedura se efectuează începând cu a 7 – 8-a zi a ciclului menstrual, cura de tratament include 7-8 proceduri efectuate peste o zi. Se recomandă cel puţin trei cure de hidrotubaţie.

Cromohidrotubaţia este o modificare a hidrotubaţiei. În calitate de lichid se utilizează fenolsulfatftaleina şi fenolul

roşu, precum şi alte substanţe colorante. Nimerind în cavitatea abdominală (dacă trompele sunt permeabile), colorantul este repede absorbit şi eliminat cu urina, unde se depistează după schimbarea culorii ei sau prin puncţia fornixului posterior.

Diagnostica ultrasonoră a permeabilităţii trompelor uterine. Această metodă dă posibilitatea de a studia starea funcţională a trompei uterine şi măreşte exactitatea de diagnostic a sterilităţii tubare.

Esenţa metodei constă în faptul că, odată cu lichidul, în trompe se introduc bule de aer, după mişcarea cărora prin trompete uterine se judecă despre permeabilitatea lor. Raportul dintre diametrul bulelor şi diametrul trompelor uterine se asigură în limitele 0,5-0,8, distanţa dintre ele e egală cu 2-6 diametri proprii. Vizualizarea trompelor hidrotubate se efectuează prin ultrasonorizare. Pentru constatarea caracterului impermeabilităţii în calitate de lichid se folosesc spasmolitice.

Introducerea prin hidrotubaţie a lichidului cu bule de aer permite de a forma un mediu cu incluzii care se deosebeşte prin calităţile fizice de lichidul introdus. Mărimile indicate ale bulelor sînt optimale din punct de vedere al trecerii libere prin lumenul trompelor uterine. Distanţa dintre bule, în primul rînd, exclude posibilitatea lor de a se alipi, în timpul trecerii se formează incluzii mari care imită impermeabilitatea, în al doilea rînd, asigură concentraţia necesară de lichid pentru o mai bună vizualizare.

Folosirea în calitate de lichid a soluţiei de spasmolitice permite de a stabili caracterul impermeabilităţii (organică

sau ca rezultat al spasmului tubar). Impermeabilitatea prin spasm este inhibată, şi trompele devin permeabile.

Metoda: Sonohidrotubaţia se efectuează în felul următor, pentru vizualizarea optimă a organelor bazinului se foloseşte metoda vezicii urinare pline, cînd fundul ei acoperă fundul uterului. Investigaţia o îndeplinesc doi medici: unul efectuează hidrotubaţia, altul - sonorizarea. Bolnava se culcă la marginea patului sau pe masa ginecologică. Organele genitale externe şi partea interioară a coapselor se prelucrează cu iodinat de trei ori. Colul uterin este dezgolit în valve şi prelucrat cu alcool, fixat de buza anterioară cu pensa „tireballe". Prin canalul cervical după orificiul intern este introdusă canula. Concomitent se conectează aparatul ultrasonor, care lucrează în regim „real al timpului". Pe ecranul aparatului se urmăreşte poziţia canulei în cavitatea uterului. În cazul cînd poziţia canulei este incorectă se dau dispoziţii medicului care efectuează hidrotubaţia, pentru prevenirea lezării pereţilor uterini. La canulă, prin robinetul cu trei căi, se uneşte aparatul pentru hidrotubaţie ori o seringă de 20 ml cu soluţie pentru hidrotubaţie. În calitate de soluţie se poate lua orice soluţie medicamentoasă folosită pentru restabilirea permeabilităţii trompelor uterine, care permite sonohidrotubaţia în caz de alergie. La calea rămasă se uneşte o seringă plină cu aer, înzestrată cu un tub capilar.

Apoi se efectuează hidrotubaţia, introducînd concomitent bulele de aer cu ajutorul seringii cu aer prin tubul capilar.

În timpul hidrotubaţiei pe ecranul aparatului sonografic se vede bine mişcarea bulelor în mediul care umple

cavitatea uterului şi trece în trompele uterine. Cînd cavitatea uterului se umple, ea se dilată, şi pe fondul lichidului se văd bine contururile pereţilor uterului, apare posibilitatea de a depista mioamele noduroase (submucoase) şi polipii endometrului.

De obicei, în absenţa hidrosalpingitei lumenul trompelor uterine nu se vede, de aceea diagnosticul permeabilităţii prin metoda ultrasonoră e imposibil. Cînd mediul cu bule sub presiune trece din cavitatea uterului în lumenul trompei, el se umple şi se vizualizează. Se vede pînă la ce nivel ajung bulele, în ce parte a trompei se adună, formează hidrosalpinx sau trece liber în cavitatea peritoneală, sau trece parţial în cavitatea peritoneală, în ce trompă se acumulează. În afară de aceasta, lucrul în regimul „real al timpului" şi folosirea spasmoliticelor oferă posibilitatea de a urmări peristaltica trompelor uterine. Diagnosticul impermeabilităţii tubare funcţionale este rezultatul spasmei tubare. E posibilă înregistrarea pe peliculă foto de pe ecranul aparatului, de asemenea înscrierea hidrotubaţiei pe pelicula videomagnetică. Studierea ulterioară dă posibilitatea de a exclude erorile în diagnostic.

Volumul mediului introdus în cavitatea uterului se determină în timpul procedurii, deoarece hidrosalpingitele sînt depistate şi în orice moment poate fi oprit la introducerea mediului, iar în caz de necesitate poate fi reluată peste un interval de timp cu spasmolitice. Depistarea hidrosalpingitei de dimensiuni mari, ca rezultat al hidrotubaţiilor precedente, permite renunţarea la timp la procedură şi astfel sînt evitate complicaţiile.

Ecohidrotubaţia e indicată în toate cazurile de suspiciu al sterilităţii tubare sau a miomului submucos. Termenul

optimal de investigaţie este a 16-20-ea zi a ciclului menstrual, deoarece în faza progesteronică e redus tonusul sfincterelor tubare.

Contraindicaţiile acestei metode de investigaţie sînt analogice contraindicaţiilor altor investigaţii intrauterine. Acestea sînt colpite (frotiul vaginal cu grad de puritate III sau IV), procese inflamatorii acute sau subacute ale organelor genitale şi ale peritoneului, metroragiile, stările subfebrile.

Prioritatea ecohidrotubaţiei asupra altor metode neinvazive de diagnosticare a sterilităţii tubare constă în faptul că este relativ inofensivă, dă posibilitatea repetării pentru primirea informaţiei direct, în momentul investigaţiei; executarea simplă; dă multă informaţie; dă posibilitate de a depista nu numai starea anatomică a trompei, dar şi cea funcţională; dă posibilitate de a constata starea organelor genitale interne şi a altor organe ale bazinului; reducerea la minimum a complicaţiilor posibile, care pot apare în timpul investigaţiei, deoarece ecohidrotubaţia se efectuează sub controlul vizual; dă posibilitate de a combina diagnosticul cu tratamentul trompelor tubare sub controlul vizual.

Metode speciale de investigaţie. Testul postcoital se efectuează cu scopul de a studia capacitatea spermatozoizilor de a penetra mucusul cervical, ceea ce prezintă o importanţă deosebită în procesul de diagnosticare a sterilităţii conjugale.

Testul postcoital se efectuează în perioadele preovulatorie şi ovulatorie, cînd indicele cervical constituie

10-12 puncte, după o perioadă de abstinență sexuală de 3-4 zile.

După actul sexual e necesar ca bolnava să se afle circa 30 de minute în decubit dorsal. Este interzis de a-şi face toaleta intimă sau spălaturi vaginale. Examinarea cuplului se va efectua după aproximativ 2,5-4 ore după coit, dar nu mai tîrziu de 6-10 ore.

Metodica efectuării testului postcoital. Colul uterin se va vizualiza în valve, mucusul cervical se va aspira cu o seringă sau cu o sondă de polietilenă. Pe o lamă călduță se pune o picătură de mucus cervical şi se acoperă cu o lamelă, apoi se examinează la microscop în 5 cîmpuri vizuale (mărite x 200), se determină numărul spermatozoizilor, procentul spermatozoizilor activi, indolenți, statici şi al celor „cu balansare".

Testul fracțional postcoital e necesar pentru a stabili interacțiunea conținutului vaginal, mucusul exo- şi endocervical cu spermă. Materialele se colectează şi se cercetează separat. Analiza conținutului fornixului posterior al vaginului se efectuează pentru a confirma că sperma într-adevăr a nimerit în vagin, fiindcă peste 2-4 ore spermatozoizii se distrug. În mucusul exocervical după 4 ore după coit numărul spermatozoizilor e mic, mobilitatea scăzută. În mucusul endocervical, în cazul cînd sperma e de bună calitate, se depistează circa 25 de spermatozoizi cu mobilitate pro-gresivă activă.

Testul postcoital poate fi calificat:

a) **excelent** - dacă în mucusul endocervical se găsesc 10 spermatozoizi cu mobilitate progresivă, iar procentul spermatozoizilor cu mişcare pendulară e mai mic de 25;

b) satisfăcător - numărul spermatozoizilor în mucusul

endocervical este 6-10; procentul spermatozoizilor cu efect de pendul - e mai mic de 25;

c) **nesatisfăcător** - numărul spermatozoizilor e mai mic de 5;

d) **negativ** - nu sînt spermatozoizi;

e) **prezumptiv** - numărul spermatozoizilor este mai mare de 5, iar procentul celor cu efect de pendul mai mare de 25, ceea ce denotă agresia imunologică a mucusului cervical (Методические рекомендации. Методы диагностики и лечение бесплодия имунологического генеза. Харьков, 1983 г.).

În cazul cînd procentul spermatozoizilor cu efect de pendul depăşeşte 25 este necesar de a investiga mucosul cervical şi serul spermatic în vederea prezenței anticorpilor antispermatici prin metoda testului imunologic cantitativ, testului microaglutinant şi testului spermoimobilizant.

Testul postcoital negativ sau nesatisfăcător serveşte drept indicație pentru a efectua testul de penetrație sau (şi) testul de contact al spermei cu mucusul cervical in vitro. Aceste teste conțin o informație elocventă despre capacitatea de penetrație a spermatozoizilor şi agresiei imunologice a mucusului cervical.

Fiziologic capacitatea de penetrație a spermatozoizilor apare începînd cu ziua a 9-a a ciclului menstrual, atingînd cota maximă spre momentul ovulației. Procesul de inhibiție a capacității de penetrație survine peste 2-3 zile după ovulație.

Metodica efectuării testului de penetrație. Cu ajutorul seringii sau a unei sonde într-un capilar de sticlă se recoltează mucus cervical ovulator. O extremitate a capilarului este închis ermetic, iar celălalt se introduce într-un rezervor cu spermă la adîncimea de 0,5 cm

Lungimea capilarului e de 10 cm. Sperma poate fi folosită pentru testare cel mult 3 ore după ejaculare.

Pentru efectuarea testului postcoital e necesar să se țină cont de:

a) profunzimea penetrației - distanța (în cm), atinsă de cel mai avansat spermatozoid;

b) numărul spermatozoizilor în punctul de penetrație maximă la mărirea microscopului x 100;

c) mobilitatea spermatozoizilor în 1/3 superioară a capilarului (în %).

Rezultatele testului de penetrație pot fi stabilite la o oră după incubație în termostat la temperatura de 37°C.

Testul de penetrație poate fi calificat:

a) **pozitiv** - profunzimea penetrației depășește 5 cm, numărul spermatozoizilor mai mare) de 5 în cîmpul vizual mărit de 100 de ori, dintre ei mobili peste 50%.

b) **prezumptiv** - profunzimea penetrației de la 1 cm pînă la 5 cm, numărul spermatozoizilor mai mic de 5, mobilitatea mai mică de 50%;

c) **negativ** - în cazul cînd la distanța de 1 cm spermatozoizii nu se depistează.

Metodica efectuării testului de contact al mucusului cervical cu sperma. Pe o lamă se pune o picătură de mucus cervical, alături se pune o picătură de spermă. Picăturile se aduc în contact. Preparatul obținut se pune în cutia Petri pe două tifoane rotunde îmbibate cu soluție fiziologică (camera umedă) și se inhibă în termostat la temperatura 37°C timp de o oră.

La efectuarea testului de contact al mucusului cervical cu sperma se iau în considerare numai acei spermatozoizi care s-au inserat în mucusul cervical.

Testul poate fi calificat:

a) **excelent** - cînd în cîmpurile vizuale comune sînt mai mult de 25 de spermatozoizi cu mobilitate progresivă activă și mai puțin de 25% cu efect pendular;

b) **satisfăcător** - cînd într-un cîmp vizual sînt mai mult de 10, iar în al doilea mai mult de 5 spermatozoizi cu mobilitate progresivă activă;

c) **nesatisfăcător** - cînd într-un cîmp sînt mai puțin de 10, în al doilea mai puțin de 5 spermatozoizi;

d) **negativ** - penetrația lipsește;

e) **prezumptiv** - prezența efectului pendular la mai bine de 25% de spermatozoizi.

Dacă au fost depistați mai bine de 25% de spermatozoizi cu efect pendular, este necesar de a efectua testul microaglutinant după Friberg și testul spermoimobilizant după Izodjim, care dau posibilitatea de a caracteriza cantitativ prezența spermoaglutinizanților și spermoimobilizanților.

Testul microaglutinant după Friberg dă posibilitatea de a aprecia titrul anticorpilor antispermatici (A.CA.S.) aglutinizanți în serul sanguin, plasma spermatică și extractul mucusului cervical, înregistrarea testului după Friberg se efectuează după prezența aglutinanților. Ultima diluție unde au fost depistați 3 și mai mulți aglutinanți în cîmpul vizual indică titrul anticorpilor antispermatici (A.CA.S) aglutinizanți.

Testul spermoimobilizant după Izodjim dă posibilitatea de a depista A.CA.S. imobilizanți în serul sanguin, plasma spermatică și extractul mucusului cervical numai în caz de sterilitate. Dacă indicele testului

spermoimobilizant e mai mic decît 2, adică procentul spermatozoizilor mobili în proba de control și cea de analiză este aproximativ același, rezultatul e negativ. Dacă indicele depășește cota 2, înseamnă că există anticorpi imobilizanți - rezultatul e pozitiv.

PARTEA VII. OPERAȚII GINECOLOGICE MICI

Punctia exploratorie a fornixului posterior (cul-docenteza)

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă "tire-balle"
7. Seringă pentru 10 ml
8. Ac pentru puncție
9. Eprubetă

Indicații:

• suspecție la catastrofă în cavitatea abdominală (sarcină extrauterină întreruptă, apoplexia ovarului, pelviperitonită, etc.); tumori abdominale cu ascită

• prolabarea sau aplatizarea fornixului posterior, fluctuație în fornixul posterior, "strigătul Dughlas"

• EUS - prezența lichidului în spațiul Dughlas

Condiții:

a) gradul I-II de puritate a vaginului (în situații de urgență această condiție poate fi neglijată)

b) cateterizarea vezicii urinare

c) anestezie (i/v, pudendală, paracervicală)

d) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiţii aseptice colul uterin se expune în valve, se prelucrează cu iodonat şi se fixează cu pensa "tire-balle" de labia posterioară, după care se deplasează anterior şi în jos vizualizând fornixul posterior. Reguinea bolţii posterioare se prelucrează cu soluţie de alcool etilic. Acul pentru puncţie se fixează pe linia mediană a bolţii posterioare cu 2 cm mai jos de colul uterin şi se afundă în tesut până la senzaţia de spaţiu gol, dar nu mai adânc de 3-4 cm. Acul trebuie îndreptat puţin anterior paralel cu peretele uterului, poziţia căruia a fost apreciată la tuşeul bimanual, pentru a nu leza rectul. Apoi acul se conectează la seringă şi începem să extragem lichidul. Dacă în seringă nu apare conţinut, acul se extrage foarte lent, trăgând totodată pistonul. Din momentul în care în seringă apare lichid extragerea acului încetează şi trăgând în continuare de piston colectăm conţinutul spaţiului Dughlas. Punctatul se plasează într-o eprubetă şi se studiază.

Dacă puncţia n-a dat rezultat, acul se extrage şi procedura se repetă în alt segment.

Evaluare:

• în cazul ***sarcinii extrauterine*** puncţia se consideră pozitivă dacă sângele din seringă nu se coagulează, e de culoare închisă şi conţine chiaguri mici – aceasta ne vorbeşte despre catastrofă în cavitatea abdominală (hemoragie). Însă în 40% de cazuri rezultatul poate fi falsnegativ (pătrunderea acului în peretele uterului, aderenţe în bazinul mic, ş.a.), adică rezultatul negativ al puncţiei nu exclude cu certitudine existenţa unei hemoragii intraperitoneale. Puncţia de asemenea se consideră negativă dacă sângele din eprubetă este de un roşu-aprins şi se

coagulează, ceea ce se poate întâmpla când acul a spart un vas sau a numerit în cavitatea uterului retroflexat în care se găsea sânge (în caz de avort incomplet sau în timpul menstruaţiei);

• în cazul ***pelviperitonitei*** punctatul va avea aspect seros, sero-purulent sau purulent în funcţie de faza inflamaţiei, şi va fi expediat pentru examenul bacteriologic cu antibioticogramă.

• în cazul ***tumorilor abdominale însoţite de ascită*** lichidul extras din spaţiul Dughlas va fi centrifugat, iar precipitatul se va expedia la examenul citologic pentru depistarea celulelor atipice.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice colul uterin a fost expus în valve, prelucrat cu iodonat, fixat cu pensa "tire-balle" de labia posterioară, deplasat anterior şi în jos, vizualizând fornixul posterior. Reguinea bolţii posterioare s-a prelucrat cu soluţie de alcool etilic. Pe linia mediană a bolţii posterioare cu 2 cm mai jos de colul uterin s-a efectuat puncţia fornixului posterior, din spaţiul Dughlas s-au extras 5 ml de lichid sanguinolent, care s-a plasat în eprubetă. Acul de puncţie a fost extras, locul puncţiei badijonat cu iodonat, pensa "tire-balle" înlăturată, colul uterin şi vaginul prelucrate cu iodonat.

Caracteristica punctatului: sânge roşu-închis, nu se coagulează, conţine chiaguri mici.

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Complicaţii n-au fost.

Introducerea steriletului

Instrumente şi materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată

3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile (2 perechi)
5. Valve Simps
6. Pensa "tire-balle"
7. Histerometru
8. Sterilet

Condiţii

a) gradul I-II de puritate a vaginului
b) 4-5 zi a menstruaţiei
c) evacuarea urinei

Se efectuează tuşeul bimanual pentru a exclude sarcina şi a preciza poziţia uterului, sensibilitatea lui, starea anexelor. După aceasta medicul spală mâinile cu săpun, le şterge cu şervetel uscat şi pregăteşte dispozitivul intrauterin (DIU). Pachetul steril cu steriletul COPPER T 380 A se desigilează din partea unde se află inelul pistonului, marginile pachetului se îndoaie. Ţinând pistonul de inel îl introducem în aplicator, respectând principiul "non-atingere". După aceasta pachetul se pune pe o suprafaţă plată şi branşele steriletului se introduc în aplicator. După ce steriletul este pregătit pentru a fi introdus, medicul îmbracă mănuşi sterile şi recurge nemijlocit la procedură.

În condiţii aseptice colul uterin se expune în valve, se inspectează cu atenţie pentru a exclude patologia care ar servi contraindicaţie pentru introducerea DIU (polip al canalului cervical, endocervicoză, ş.a.). Vaginul şi partea vaginală a colului uterin se şterg cu tifon uscat, apoi se prelucrează cu iodonat sau soluţie de alcool etilic. Colul uterin se fixează cu pensa «tire-balle»de labia anterioară şi se deplasează în jos. Se efectuează sondajul cavităţii uterine şi în dependenţă de lungimea cavităţii uterine

dispozitivul demarcator de pe aplicator se fixează la distanţa stabilită (după gradaţia de pe grila de carton). Aplicatorul se introduce cu precauţie în cavitatea uterină până când dispozitivul demarcator, situat în plan orizontal, ajunge la orificiul extern al colului uterin. După aceea, ţinând pistonul cu aceeaşi mână care ţine pensa "tire-balle", aplicatorul se extrage parţial, astfel braţele steriletului se eliberează şi se desfac. Urmează extragerea pistonului, apoi aplicatorul este împins uşor inainte până când atinge fundul uterului (astfel asigurăm situarea steriletului exact la fundul uterului). Aplicatorul se extrage până când din canalul cervical apar 3-4 cm de mustăcioare, care se secţionează, şi numai după aceea aplicatorul se extrage complet. Colul uterin se eliberează de pensa "tire-balle", se prelucrează repetat cu iodonat sau soluţie de alcool etilic, valvele se extrag.

După introducerea steriletului femeia se află pe masa ginecologică 30 min, timp în care urmărim starea generală, senzaţiile subiective, indicii hemodinamici (T/A, pulsul) pentru a depista la timp complicaţiile (perforarea uterului). În lipsa complicaţiilor femeia trebuie să se prezinte la control după prima menstruaţie.

Efectul anticoncepţional al steriletului COPPER T 380A durează 10 ani, deaceea în lipsa altor indicaţii nu este necesară extragerea lui înainte de acest termen.

Avortul medical la dorinţă. Întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni

Există două metode de întrerupere a sarcinii până la 12 săptămâni.

a) chiuretajul cavităţii uterine (*abrazio caviuteri*)

b) vacuum-aspiraţie

Abrazio caviuteri

Instrumente şi materiale:

1. Pensă port-tampon
9. Tifon, vată
10. Soluţie de alcool etilic, soluţie 5% de iod
11. Mănuşi sterile (2 seturi)
12. Valve Simps
13. Pensă "tire-balle"
14. Sondă uterină (histerometru)
15. Dilatatoare Hégar Nr. 0 - 12
16. Chiureta Nr.2, 4, 6
17. Aborţang
18. Vas

Condiţii:

a) gradul I-II de puritate a vaginului
b) termenul de sarcină nu mai mare de 12 săptămâni
c) evacuarea urinei
d) anestezie (i/v, paracervicală)
e) condiţii aseptice

Se efectuează tuşeul bimanual pentru a preciza dimensiunile şi poziţia uterului, după care medicul schimbă mănuşile şi recurge nemijlocit la procedură.

În condiţii aseptice colul uterin se vizualizează în specule, vaginul şi partea vaginală a colului uterin se şteg cu tifon uscat pentru a înlătura eliminările, apoi se prelucrează cu soluţie 5% de iod sau soluţie de alcool etilic. Colul uterin se fixează de labia anterioară cu pensa "tire-ball»" şi se efectuează sondajul cavităţii uterine cu histerometrul, apreciind lungimea ei. Apoi se purcede la dilatarea canalului cervical cu dilatatoarele Hégar, care se

introduc consecutiv (până la Nr. 12) după orificiul intern al canalului cervical (în timpul dilatării canalului cervical direcţia de tracţie a pensei "tire-balle" este aceeaşi ca şi în timpul sondării - posterior în jos dacă uterul este anteflectat şi anterior în jos dacă uterul este retroflectat). După dilatarea canalului cervical chiureta Nr. 6 se introduce în cavitatea uterină în aşa fel încât curbura chiuretei să coincidă cu cea a uterului şi se efectuează raclajul orientativ (pentru a preciza peretele de inserţie a oului fetal) al pereţilor uterini. După aceasta în cavitate până la fundul uterului se introduce aborţangul cu branşele închise. La fundul uterului branşele se deschid, se apucă părţile oului fetal şi cu branşele închise aborţangul se extrage din cavitate. După extragerea cu aborţangul a celei mai mari părţi a ţesuturilor embrionale se recurge la chiuretajul pereţilor uterini, în direcţia acelui ceasornicului, la început cu chiureta Nr. 6, apoi cu chiureta Nr. 4. În timpul chiuretajului mişcările sunt orientate de la fundul uterului spre orificiul intern, consecutiv toţi pereţii uterului şi unghiurile tubare. Conţinutul se extrage din cavitate după fiecare 3-4 mişcări ale chiuretei şi se colectează într-un vas. Procedura sfârşeşte prin chiuretajul de control cu chiureta Nr. 2 – dacă pereţii uterini sunt curaţi se va percepe un sunet caracteristic, asemănător cu scârţâitul de zăpadă sau de nisip. După finisarea chiuretajului pensa "tire-balle" se extrage, colul uterin se prelucrează cu soluţie 5% de iod, se extrag speculele. Pe abdomen se aplică o pungă cu ghiaţă.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice colul uterin a fost expus în specule şi fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle". S-a apreciat lungimea

cavității uterine după histerometru (10 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatatoarele Hégar până la Nr. 12 fără dificultăți. Cu aborțangul s-au înlăturat țesuturile embrionale, cu chiureta Nr. 6 și chiureta Nr. 4 s-a efectuat raclajul pereților uterini, raclatul a fost colectat într-un vas. Raclajul de control cu chiureta Nr. 2. Pensa "tire-balle" s-a extras, colul uterin și vaginul s-au prelucrat cu soluție 5% de iod, valvele s-au înlăturat. Pe abdomen s-a aplicat o pungă cu ghiață. Hemoragia 50 ml.

Începutul operației – (ora)
Sfârșitul operației – (ora)
Complicații n-au fost.

Întreruperea sarcinii prin vacuum-aspirație

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, soluție 5% de iod
4. Mănuși sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)
8. Dilatatoare Hégar Nr. 0 - 8
9. Chiureta Nr. 2
10. Vas
11. Vacuum-aspirator, canulă

Condiții:

a) gradul I-II de puritate a vaginului
b) reținere de menstruație nu mai mult de 20 zile
c) evacuarea urinei
d) anestezie (i/v, paracervicală)
e) condiții aseptice

Primele etape ale operației, inclusiv dilatarea canalului cervical, se efectuează analogic operației *abrazio cavi*

uteri. După ce canalul cervical a fost dilatat, în cavitatea uterină se introduce canula unită la vacuum-aspirator, care se include în regimul presiunii de 50,6 - 60,7 cPa. Procesul de aspirație este controlat după umplerea vasului de sticlă, unde se colectează țesuturile aspirate. Periodic canula se extrage din cavitate pentru ca aerul aspirat să contribuie la propulsarea țesuturilor prin sistem. După ce aspirația a luat sfârșit, se efectuează chiuretajul de control cu chiureta Nr. 2, pensa "tire-balle" se extrage, colul uterin se prelucrează cu soluție 5% de iod, se extrag speculele. Pe abdomen se aplică o pungă cu ghiață.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule și fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle". S-a apreciat lungimea cavității uterine după histerometru (10 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatatoarele Hégar până la Nr. 8 fără dificultăți. În cavitatea uterină s-a introdus canula vacuum-aspiratorului, s-a efectuat aspirația țesutului embrional și raclajul de control cu chiureta Nr. 2. Colul uterin și vaginul s-au prelucrat cu soluție 5% de iod, instrumentele s-au extras. Pe abdomen s-a aplicat o pungă cu ghiață. Hemoragia 30 ml.

Începutul operației – (ora)
Sfârșitul operației – (ora)
Complicații n-au fost.

PARTEA VIII. TEHNICI ANESTEZIOLOGICE FOLOSITE ÎN GINECOLOGIE

Există mai multe tehnici de anestezie, practicate în ginecologice:

• ***anestezia generală,*** cu variantele:

1. anestezia endotraheală (intervenții în cavitatea abdominală, operații vaginale voluminoase), care include.

- premedicația (promedol 20-40 mg , atropină 0,5-1 mg , dimedrol 20-40 mg, alte remedii în prezența indicațiilor)
- narcoza de inducție (tiopental-natriu 8-10 mg/kg sau calipsol)
- narcoza de bază (neuroleptice, analgezice, miorelaxante, ş.a.)

2. anestezia intravenoasă de scurtă durată (pentru operații ginecologice mici – calipsol 1-1,5 mg/kg cu 5-10 mg de seduxen în 5-10 ml de ser fiziologic, tiopental-natriu 8-10 mg/kg, ş.a.)

• ***anestezia regională peridurală*** este metoda de elecție în următoarele cazuri:

- intervenții urgente când nu este posibilă evacuarea conținutului stomacului
- maladii extragenitale (pulmonare, renale, hepatice, endocrinologice) care contrainică intubarea, miorelaxarea sau alte momente ale anesteziei endotraheale
- necesitatea menținerii hipotoniei dirijate

anestezia locală prin infiltrație, care are mai multe variante:

- ***infiltrația cu novocaină după Vișnevski*** (altădată era aplicată în cazul operațiilor intraabdominale, astăzi însă în ginecologie se folosește foarte rar)
- ***anestezia pudendală*** (pentru operații vaginale mici)
- ***anestezia paracervicală*** (pentru operații ginecologice mici care necesită dilatarea canalului cervical)

Tehnica anesteziei paracervicale

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile
5. Valve Simps
6. Pensă "tire-balle"
7. Seringă 20 ml, ac
8. Soluție 0,25% de novocaină

Condiții:

a) gradul I-II de puritate a vaginului
b) lipsa intoleranței la novocaina

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, mucoasa vaginului și partea vaginală a colului uterin se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează cu pensa "tire-balle" de labia anterioară și se deplasează lateral. La hotarul dintre fornixul lateral și fornixul anterior în imediata apropiere a părții vaginale a colului uterin acul unit la seringă se introduce treptat în țesutul celular paracervical, deplasându-l înainte la adâncimea

de 2-2,5 cm. Se introduc 20-30 ml de anestezic. Acelaşi lucru se repetă în partea opusă, astfel infiltratele din ambele părţi se contopesc. Adăugător se mai introduc 20 ml de anestezic în fornixul posterior.

Tehnica anesteziei pudendale

Instrumente şi materiale:

1. Pensa port-tampon
2. Tifon, vata
3. Soluţie de alcool etilic, iodonat
4. Mănuşi sterile
5. Valve Simps
6. Seringă 20 ml, ac
7. Soluţie 0,25% de novocaină

Condiţii:

a) gradul I-II de puritate a vaginului
b) lipsa intoleranţei la novocaină

În condiţii aseptice colul uterin se expune în valve, mucoasa vaginului şi partea vaginală a colului uterin se prelucrează cu soluţie de alcool etilic. La mijlocul distanţei dintre comisura posterioară şi tuberculul ischiatic acul unit la seringă se introduce treptat în ţesuturile vaginului, înaintând prin mişcări în evantai la adâncimea de 7-8 cm. În fiecare parte se introduc 40-50 ml de anestezic.

PARTEA IX. UTILIZAREA PREPARATELOR HORMONALE ÎN GINECOLOGIE

Contracepţia hormonală este o metodă de prevenire a sarcinii nedorite prin administrarea hormonilor sexuali - aceasta inhibă procesele ciclice din sistemul hipotalamus-hipofiză-ovare, şi nu are loc ovulaţia.

Există mai multe grupuri de preparate hormonale anticoncepţionale:

1. anticoncepţionale hormonale combinate:

a) orale (progestine sintetice)
b) injectabile

2. anticoncepţionale hormonale gestagenice:

a) orale ("mini-pili")
b) injectabile
c) implanturi subcutanate

1. Anticoncepţionalele hormonale combinate (orale şi injectabile) au următorul ***mecanism de acţiune***:

- inhibă ovulaţia
- măresc densitatea mucusului cervical, împiedicând penetrarea spermei
- induc modificări în endometru, micşorând probabilitatea de implantare
- împiedică pasajul spermei în tractul genital superior (trompele uterine)

Contracepţia hormonală combinată este una dintre cele mai plauzibile metode anticoncepţionale graţie unor ***calităţi performante:***

- eficacitatea înaltă

• eficacitatea imediată
• independenţa de actul sexual
• reversibilitatea
• numărul mic de efecte adverse
• diminuarea duratei şi cantităţii hemoragiei menstruale
• diminuarea algiilor menstruale
• profilaxia cancerului de ovare şi endometrial
• diminuarea incidenţei tumorilor benigne ale glandelor mamare şi chisturilor ovariene
• protejarea contra sarcinii ectopice
• diminuarea riscului de infecţie a organelor genitale feminine

La recomandarea contracepţiei hormonale cu preparate combinate trebuie de ţinut cont de următoarele ***contraindicaţii:***

• sarcina
• primele 6-8 săptămâni după naştere dacă alăptează copilul (inhibă lactaţia)
• primele 3 săptămâni după naştere dacă nu alăptează copilul (risc sporit de complicaţii trombotice)
• hemoragie vaginală de origine neidentificată
• patologia ficatului sau căilor biliare, inclusiv adenom şi hepatom (incetinirea metabolismului hormonilor administraţi *per os*; pentru preparatele injectabile acest risc este mai mic)
• femeile tabaciste după 35 ani (risc majorat de complicaţii trombotice)
• boală ischemică sau ictus – în prezent sau în antecedente (risc de recidivă)
• dereglări de coagulobilitate: tromboflebite, embolia

arterei pulmonare (în timp ce la femeile sănătoase care folosesc contraceptive hormonale combinate riscul de hipercoagulare creşte neînsemnat, la femeile cu probleme trombotice acest risc poate să se dubleze)
• diabet zaharat cu vechimea de peste 20 ani sau angiopatii diabetice indiferent de vechimea bolii (agravarea problemelor vasculare, risc de hipercoagulare)
• migrenă (risc de ictus)
• HTA >180/110; pentru 160/100?HTA<180/110 contraindicaţia nu este absolută
• cancer al glandei mamare
• intervenţie chirurgicală care necesită regim la pat îndelungat (risc de complicaţii trombotice; administrarea preparatului este anulată cu 4 săptămâni până la operaţie şi timp de 2 săptămâni ale perioadei postoperatorii)
• administrarea paralelă cu preparate antiepileptice (fenitoin sau barbiturice) sau rifampicină (aceste droguri accelerează metabolismul hormonilor sexuali în ficat ceea ce poate compromite calităţile anticoncepţionale)

a) Progestinele sintetice sunt cea mai răspândită clasă de anticoncepţionale hormonale. Fiecare pastilă activă conţine o combinaţie de estrogene (E) şi gestagene (G). În dependenţă de numărul de combinaţii E/G în setul de 21 pastile progestinele sintetice se împart în:

• ***monofazice*** (tot setul de pastile conţine aceeaşi combinaţie de E/G)
• ***bifazice*** (setul conţine două grupuri de pastile cu combinaţii diferite de E/G – de ex. 10/11)
• ***trifazice*** (în set se găsesc 3 grupuri de pastile cu diferite combinaţii de E/G - de ex. 6/5/10).

Preparatele bifazice şi trifazice sunt mai fiziologice şi

se suportă mai uşor - ele simulează mai bine devierile hormonale ale ciclului menstrual normal şi menţin ciclicitatea în sistemul hipotalamus-hipofiză-ovare la un nivel minim, fără însă a induce ovulaţia. În schimb preparatele monofazice au prioritatea de a putea fi folosite nu numai cu scop anticonceptional, ci şi pentru terapia concomitentă a unor probleme ginecologice (hemoragii disfuncţionale uterine, mastopatii, miom uterin, endometrioză, etc).

O altă clasificare a progestinelor sintetice se referă la doza componentului estrogenic al preparatului. Astfel preparatele care conţin 30-35 mcg de etinilestradiol (EE) au ***dozare joasă***, iar acelea cu 50 mcg de EE au ***dozare înaltă***. Evident, cu cât dozarea preparatului este mai joasă, cu atât mai puţine efecte adverse el induce. Practic toate preparatele anticonceptionale moderne au dozare hormonală joasă (tab. Nr. 3)

Tabelul Nr.3

Componenţa hormonală a celor mai răspândite progestine sintetice

Denumirea preparatului	Estrogen	mcg	Gestagen	mcg
1	2	3	4	5
Monofazice:				
Eugynon, Ovral	etinilestradiol	50	norgestrel	500
Lo-Femenal, Lo/Ovral	etinilestradiol	30	norgestrel	300
Microgynon, Nordette, Levien	etinilestradiol	30	levonorgestrel	150
Neogynon	etinilestradiol	50	levonorgestrel	250
Noriday, Ortho 1/50, Norinyl 1/50	mestranol	50	noretindron	1000
Norminest, Brevicon, Modicon	Etinilestradiol	35	Noretindron	500
Norquest	Etinilestradiol	35	noretindron	1000
Marvelon, Desogen, Orthocept	Etinilestradiol	30	desogestrel	150
Cilest, Orthocyclen	Etinilestradiol	35	Norgestimat	250
Femodene, Femovan, Ginoden, Gynara, Minulet	Etinilestradiol	30	Gestoden	75

1	2	3	4	5
Trifazice Tri-Quilar, Tri-Levlen, Triphasil, Trinordiol, Trisiston, Logynon				
6 pastile bej	Etinilestradiol	30	levonorgestrel	50
5 pastile albe	Etinilestradiol	40	levonorgestrel	75
10 pastile galbene	Etinilestradiol	30	levonorgestrel	125

Modul de administrare al progestinelor sintetice. Debutul administrării progestinelor sintetice trebuie să se încadreze în una din primele 7 zile ale ciclului menstrual. Zilnic, la una și aceeași oră, se administrează per os câte o pastilă (de dorit seara înainte de somn) timp de 21 zile (până pacienta nu termină setul de pastile active; unele preparate comerciale pe lângă pastile active mai conțin în set 7 pastile cu fier, care se consumă după pastilele active). Următorul set începe să fie consumat peste 7 zile după administrarea ultimei pastile din setul precedent. Menstruația survine, de obicei, peste 2-3 zile după administrarea ultimei pastile active din set.

b) Anticoncepționalele hormonale combinate injectabile se administrează i/m o singură dată pe lună. Dintre preparatele comerciale fac parte Cyclofem® (25 mg de medroxiprogesteron acetat și 5 mg de estradiol sipionat) și Mesigyna® (50 mg de noretindron enantat și 5 mg de estradiol valerat). Eficacitatea lor este la fel de înaltă ca și a pastilelor anticoncepționale, printre neajunsuri trebuie menționată posibilitatea de apariție la unele femei a hemoragiilor menstruale neregulate la stadiul incipient. Preparatele injectabile sunt recomandate femei-

lor care nu pot respecta regimul strict de consumare a pastilelor.

2. Anticoncepționale hormonale gestagenice.

Mecanismul de acțiune al anticoncepționalelor gestagenice este identic cu acela al preparatelor combinate. Posedând toate caracteristicile pozitive ale preparatelor hormonale combinate, anticoncepționalele gestagenice le mai au și pe acelea, că nu inhibă lactația și nu măresc riscul de complicații trombotice (lipsește componentul estrogenic), deaceea borderoul ***contraindicațiilor*** pentru acest fel de contracepție hormonală este mai redus.

- sarcina
- primele 6 săptămâni după naștere la femeile care alăptează copilul (risc teoretic de acțiune asupra sugarului)
- hemoragie vaginală de origine neidentificată
- patologia ficatului în stadiu clinic (metabolizare lentă)
- HTA >180/110 (scade nivelul de lipoproteine de densitate joasă)
- cancerul glandei mamare
- diabet zaharat cu vechimea de peste 20 ani sau angiopatii diabetice indiferent de vechimea bolii (contraindicația se referă numai la preparatele injectabile)
- administrarea paralelă cu preparate antiepileptice (fenitoin sau barbiturice) sau rifampicină (contraindicația nu se referă la preparatele injectabile)
- femeilor care nu suportă nici o schimbare în caracterul ciclului menstrual

Principalul ***neajuns*** al acestui grup de preparate este modificarea caracterului ciclului menstrual: hemoragii

neregulate, amenoree. Aceste modificări sunt mai frecvente în primul an de consumare.

a) *Preparate orale ("mini-pili").* Dintre acestea face parte Microlut (300 mcg de levonorgestrel), Micronor® (350 mcg de noretindron), Ovrette (75 mcg de norgestrel). Modul de administrare – *per os* zilnic la aceeaşi oră: prima pastilă trebuie să fie consumată în 1 zi a ciclului menstrual.

b) *Preparate injectabile:* DMPA® (150 mg de depomedroxiprogesteron acetat) – se face o injecţie fiecare trei luni; Noristerat® (200 mg noretindron enantat) – o injecţie fiecare 2 luni.

c) *Implanturi:* Norplant® – 6 capsule înguste, flexibile, cu levonorgestrel, se implantează sub pielea antebraţului (efectul anticoncepţional durează 5 ani).

Hemostaza hormonală este o parte componentă a I etape de terapie a hemoragiilor disfuncţionale uterine. Ca metodă de stopare a hemoragiei este *indicată*

- la fetiţe (hemoragii disfuncţionale juvenile)
- hemostază chirurgicală recentă în anamneză cu rezultatele examenului histologic care confirmă caracterul disfuncţional al hemoragiilor
- prezenţa contraindicaţiilor pentru hemostaza chirurgicală

Există mai multe variante de hemostază hormonală

a) hemostază cu estrogene

b) hemostază cu gestagene

c) hemostază cu androgene

d) hemostază hormonală combinată

Indiferent de natura preparatului hormonal la baza hemostazei hormonale se află proprietatea dozelor mari

de hormoni steroizi de a inhiba activitatea gonadotropică a sistemului hipotalamo-hipofizar (în conformitate cu mecanismul feed-back).

a) hemostaza cu estrogene (scheme de administrare):

- 1 ml soluţie 0,1% sinestrol i/m fiecare 2-4 ore (în dependenţă de intensitatea hemoragiei) până la stoparea hemoragiei (de obicei în primele 48 ore)
- 1 ml soluţie 0,1% folliculină i/m fiecare 2-4 ore (în dependenţă de intensitatea hemoragiei) până la stoparea hemoragiei (de obicei în primele 48 ore)
- 1 ml soluţie 0,1% estradioldipropionat i/m fiecare 1-2 ore până la hemostază, care survine după 24-48 ore
- etinilestradiol (microfolină) 0,1 mg *per os* fiecare 3-4 ore până la hemostază (peste 48-72 ore)
- stilbestrol 5 mg *per os* fiecare 3-4 ore ore până la hemostază (peste 48-72 ore)

Independent de schema administrării, odată cu stoparea hemoragiei preparatul nu se anulează (în acest caz peste 3-5 zile va surveni pseudomenstruaţia care poate să fie foarte abundentă), ci se micşorează treptat doza în decursul a 5-7 zile, după care administrarea preparatului continuă următoarele 14 zile. În următoarele 7 zile se administrează zilnic 10 mg de progesteron i/m. Peste 2-3 zile după ultima injecţie, survine menstruaţia.

b) hemostază cu gestagene ("chiuretaj hormonal") (scheme de administrare):

- progesteron 10 mg i/m 6-8 zile
- progesteron 50 mg i/m 3 zile
- progesteron 100 mg i/m o singură injecţie
- tab. pregnin 0,01 sublingual câte 1 pastilă de 6 ori pe zi timp de 6-8 zile

• tab. norcolut 0.005 *per os* câte 2 pastile pe zi timp de 5-6 zile.

Hemostaza hormonală cu gestagene se folosește pentru stoparea hemoragiilor mici de lungă durată; pentru hemoragiile abundente ea este inoportună. După anularea preparatului pseudomenstruația survine peste 3-5 zile. De reținut, că un ***neajuns*** serios al acestei variante de hemostază este intensificarea hemoragiei după anularea preparatului, deaceea utilizarea "chiuretajului hormonal" este redusă.

c) ***hemostază cu androgene*** se folosește în cadrul tratamentului ginecopatelor cu sindrom climacteric, și constituie o etapă în terapia de inhibiție cu androgene până la instalarea menopauzei. Scheme de administrare:

• testosteron propionat 50 mg i/m în fiecare zi sau peste o zi până la stoparea hemoragiei (de obicei sunt suficiente 2-3 injecții); după aceasta doza nictemerală a preparatului este micșorată până la 25 mg, această doză fiind administrată de 2-3 ori pe săptămână. Următoarele 3-4 luni pacienta primește doze de menținere (10 mg de testosteron propionat i/m peste o zi, sau 10 mg de metiltestosteron sublingual de 2 ori pe zi)

• sustanon-250 (preparat cu acțiune prelungită) se administrează i/m câte 1 ml 1 dată pe lună timp de 3-4 luni.

Hemostaza hormonală cu androgene este ***contraindicată*** la fetițe și la femeile de vârstă reproductivă (până la 45 ani).

d) ***hemostază hormonală combinată*** este una dintre cele mai ***avantajoase*** metode prin

• simplețe

• efect rapid (hemoragia stopează în primele ore sau zile)

• reacție pseudomenstruală modestă

• independența efectului hemostatic de starea inițială a endometrului

Ea poate fi realizată prin administrarea concomitentă a două preparate diferite (estrogen și gestagen 1:10) sau prin administrarea preparatelor combinate estrogen-gestagenice (progestinelor sintetice). Scheme de administrare:

• simultan 1 ml soliție 0,1% sinestrol și 2 ml soluție 0,5% progesteron i/m zilnic până la instalarea hemostazei (de regulă, peste 4-5 zile)

• 10 ml soluție 0,1% estradioldipropionat și 125 mg de oxiprogesteroncapronat (preparate cu acțiune prelungită) – o singură injecție asigură hemostaza peste 36-40 ore, pseudomenstruația survine peste 7-8 zile

• progestine sintetice (marvelon, bisecurin, non-ovlon, ovidon-rihter, infecundin, rigevidon) câte 1 pastilă de 4-6 ori pe zi (fiecare 6-4 ore) până la stoparea hemoragiei, apoi doza se micșorează cu câte 1 pastilă pe zi până se ajunge la 1 pastilă pe zi - această doză este administrată până se împlinesc 21 zile de la începutul hemostazei hormonale. După anularea preparatului pseudomenstruația survine peste 2-3 zile.

<u>Probele hormonal-diagnostice</u> se folosesc pentru aprecierea funcției glandelor endocrine și pentru diagnosticul diferențial al dereglărilor în sistemul hipotalamo-hipofizaro-ovarian.

Proba cu progesteron se folosește pentru aprecierea funcționalității endometrului. Timp de 6-8 zile se administrează progesteron 10 mg i/m. Peste 3-5 zile după ultima injecție apare **(proba pozitivă)** sau nu apare **(proba negativă)** hemoragia pseudomenstruală. Proba pozitivă permite de a exclude amenoreea uterină, în cazul probei negative pentru precizarea stării endometrului trebuie efectuat testul estrogen-progesteronic.

Testul estrogen-progesteronic permite diferențierea amenoreei uterine de cea ovariană, și se efectuează după proba cu progesteron negativă. Timp de 12-14 zile se administrează unul din preparatele estogenice (1 ml soluție 0,1% de sinestrol i/m sau etinilestradiol (microfolina) 0,5 mg *per os*), iar următoarele 6-8 zile se administrează progesteron 10 mg i/m. Peste 3-5 zile după ultima injecție **apare (proba pozitivă)** sau nu apare **(proba negativă)** hemoragia pseudomenstruală. Proba pozitivă permite de a exclude amenoreea uterină (indică amenoreea ovariană), iar proba negativă indică amenoreea uterină.

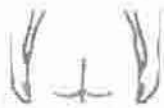
Proba cu folitropină permite aprecierea stării funcționale a ovarelor, a caracterului primar sau secundar de afectare a lor. Timp de 10 zile se administrează pergonal câte 5000 U.I. i/m, sau gonadotrofină menopauzală câte 75 U.I. După 10 zile se face aprecierea saturației estrogenice a organismului (prin testele de diagnostic funcțional sau prin aprecierea estrogenelor în sânge). Mărirea secreției estrogenelor **(proba pozitivă)** denotă geneza hipofizară a afecțiunii, iar lipsa dinamicii în secreția estrogenelor **(proba negativă)** indică caracterul primar al afectării ovarelor.

Proba cu gonadotropină-releesing hormon (Gt-RH) se efectuează pentru diferențierea patologiei hipofizei de patologia regiunii hipotalamice. Momentan se administrează 100 μg de preparat, ulterior se apreciază spectrul de indici care denotă acțiunea estrogenelor și a progesteronului asupra organelor-țintă (testele diagnosticului funcțional, concentrația lutropinei în sânge). Temperatura bazală bifazică și alți indici cu dinamică pozitivă **(proba pozitivă)** indică originea hipotalamică a amenoreei, iar lipsa modificărilor menționate **(proba negativă)** demonstrează geneza hipofizară a maladiei.

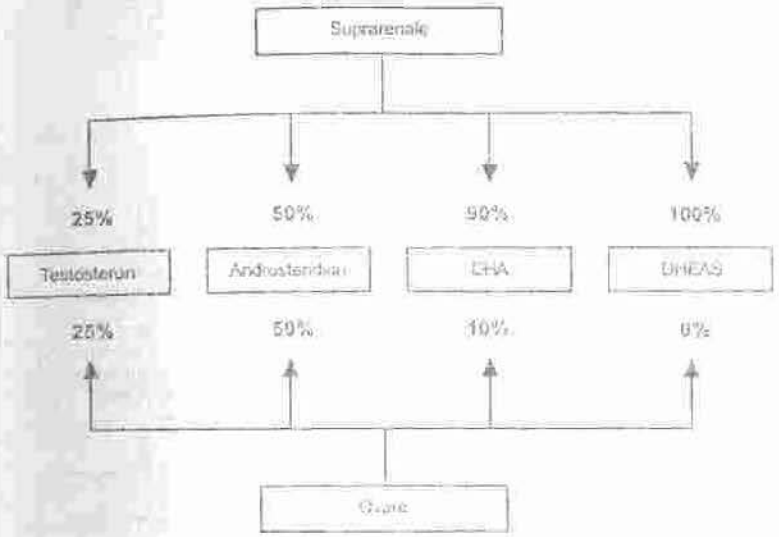
Proba cu ACTH se folosește pentru aprecierea stării funcționale a suprarenalelor. În prealabil se apreciază nivelul de 17-CS în urină. După aceea timp de 2 zile se administrează câte 40 Un. de ACTH i/m și din nou se apreciază 17–CS în urină - creșterea lor considerabilă față de nivelul inițial indică afectarea suprarenalelor, iar creșterea neînsemnată indică patologia ovarelor.

Proba cu dexametazon permite detectarea sursei de secreție sporită a androgenelor. Proba se bazează pe faptul că dexametazona inhibă secreția ACTH, ceea ce poate fi stabilit prin aprecierea excreției în urină a 17-CS, ultimii fiind metaboliții ACTH. Timp de 2 zile se administrează 0,5 mg de dexametazon de 4 ori/nict. Înainte și după probă se apreciază nivelul de 17-CS în urină – scăderea lor considerabilă (peste 30% față de nivelul inițial) indică geneza suprarenală a hiperandrogenemiei.

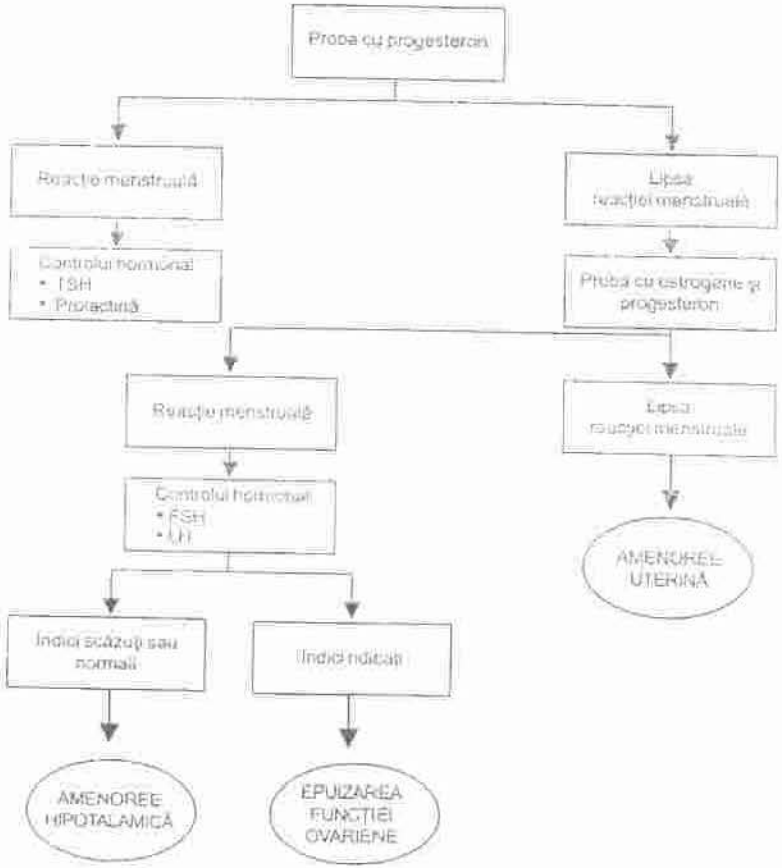
Gradul de pilozitate după scara Feriman-Golwei

Regiunea corpului		Gradul de pilozitate 1	2	3	4
Buza superioară		Fire de păr izolate pe margineaexterioară a buzei	Mustăcioare ocupă marginea externă a buzei	Mustăcioare care ocupă jumătatea din marginea externă a buzei	Mustăcioare care ocupă toată marginea buzei
Bărbie		Fire de păr izolate	Fire de păr ocupă doi centimetri pătrați	Pilozitate difuză neîmpărțită	Pilozitate difuză extinsă
Piept		Fire de păr izolate în jurul mamelonului	Pilozitate în jurul mamelonului pînă la linia intermamară	Pilozitate difuză cuprinzînd și din mijloc și spre linia intermamară	Pilozitate difuză a sînilor toracelui
Partea inferioară a abdomenului		Fire de păr pe linia albă	Fire de păr pentru linia albă	Bandă de păr pe linia albă	Creșterea liniei albe sub formă de triunghi
Perineu		Fire de păr izolate	Fire de păr răzlețe din cl. clitoridie spre în jos	Pilozitate difuză neîmpărțită	Pilozitate difuză neîmpărțită
Partea superioară a coapselor		Pilozitate sub formă de bărbișon în regiunea vaselor	Pilozitate neîmpărțită ocupînd și partea externă a coapselor	Pilozitate care ocupă și suprafața externă a șoldului	Pilozitate difuză totală pe suprafața internă a șoldului
Gluturi		Fire de păr izolate care ocupă circa ¼ din suprafața gluturilor	Fire de păr răzlețe pronunțate sau pilozitate cu caracter răzlețit	Pilozitate difuză neîmpărțită	Pilozitate difuză extinsă
Gambe		Fire de păr izolate care ocupă circa ¼ din suprafața gambei	Fire de păr răzlețe pronunțate sau pilozitate cu caracter răzlețit	Pilozitate difuză neîmpărțită	Pilozitate difuză extinsă
Scorul fiecărei regiuni					
Scorul total		Indicele hirsutismului normal (pilozitate minimă în unele zone)	7-8 puncte 9-12 puncte mai mult de 12 puncte		

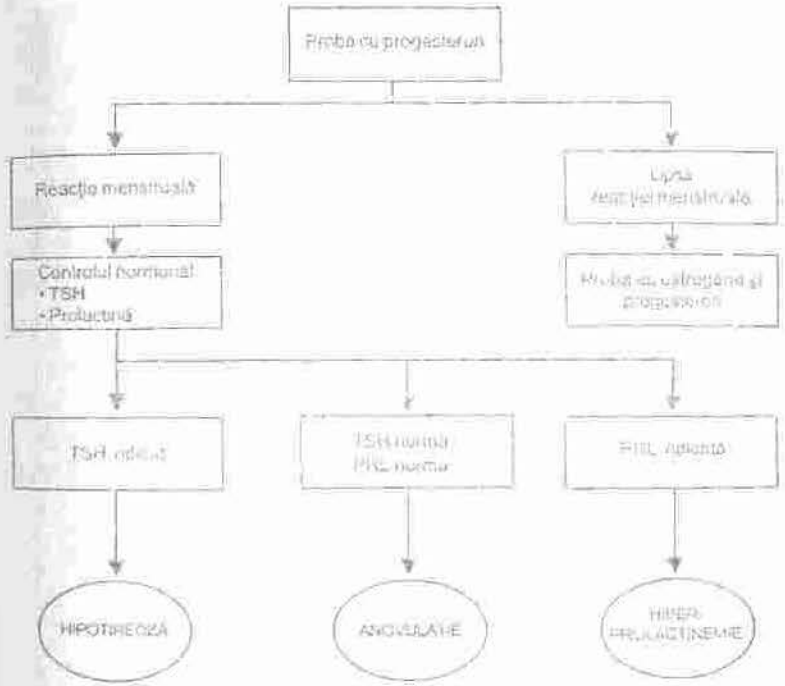
Sursele de producere a androgenelor



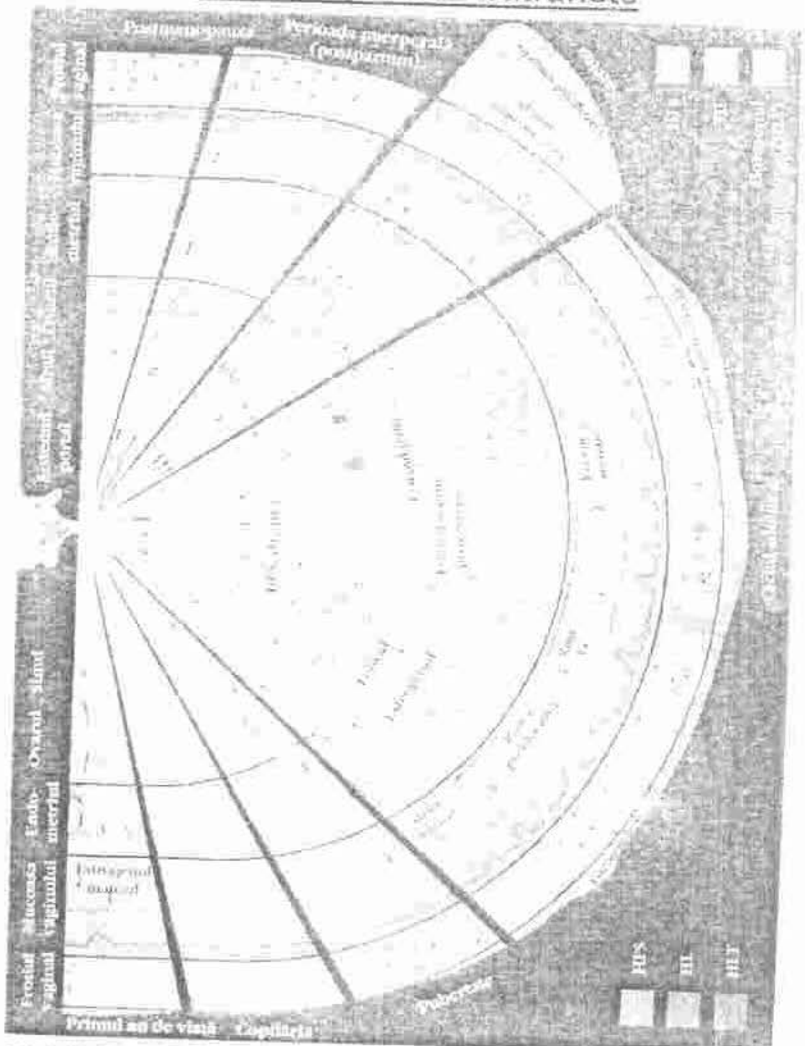
Algoritmul de evaluare a amenoreei (proba cu progesteron negativă)



Algoritmul de evaluare a amenoreei (proba cu progesteron pozitivă)



Influenta hormonilor gonadelor asupra ciclului reproductiv feminin de la naştere la bătrânete



Frank H. Netter. The CIBA collection of medical illustrations. Switzerland. 1988

Algoritme de evaluare a amenoreei primare la adolescente

1. Amenoree asociată cu pubertate tardivă

Diagnosticul recomandat: evaluarea funcţiei glandei tiroide, a vîrstei osoase, a nivelului hormonilor LH, FSH şi al prolactinei: ultrasonografia pelvină.

- Dacă TSH ↑, iar T_4 ↓ cauza → hipotiroidie,
- Vîrsta osoasă întîrziată → pubertate tardivă constituţională;
- Dacă LH ↑, FSH ↑ → patologie genetică ovariana (sindromul *Turner* - 45 XO, ooforită autoimună; confirmare - ultrasonografie pelvină);
- Dacă LH ↓, FSH ↓ → disfunctie hipotalamică (stres, sport, infecţii, tu-moare);
- Dacă LH ↓, FSH ↓, PRL ↑ → hiperprolactiemie (rezonanţa magnetică pentru excluderea unei tumori hipofizare).

2. Amenoree asociată cu pubertate normală

Diagnosticul recomandat: evaluarea funcţiei glandei tiroide, a nivelului hormonilor LH, FSH şi al prolactinei; testul cu progestine, testul cu estrogeni/ progestine; ultrasonografie pelvina.

- Testul cu progesteron pozitiv, LH ↑, FSH N sau ↓ PRL N sau moderat ↑ → sindromul ovarelor polichistice (confirmare - ultrasonografie pelvină);
- Testul cu progesteron negativ, iar testul cu estrogeni/ progestine pozitiv → LH ↓, FSH ↓ → a se exclude presupunerea existenţei unei patologii a sistemului nervos

central (sport, stres, anorexie, trauma cerebrală, infecţie cronică, hiperprolactinemie);

• Testul cu progesteron negativ, iar testul cu estrogeni/ progestine pozitiv → LH ↓, FSH ↓ → LH ↑, FSH ↑ → a se exclude presupunerea existenţei unei patologii ovariane (disgenezie - efectuarea cariotipului);

• Testul cu progesteron şi cu estrogeni/ progestine negativ → obstrucţie cervicală, hipoplazie uterină, sept vaginal, himen neperforat (confirmare: ultrasonografie, sondarea vaginului);

• TSH ↑, PRL ↑ → hiperprolactinemie, hipotiroidism.

3. Amenoree asociată cu hirsutism

Diagnosticul recomandat: evaluarea nivelului hormonilor LH, FSH, testosteron, DHEAS, ultrasonografie pelvină, testul cu progestine.

• Testul cu progesteron pozitiv, testosteron N sau ↑, DHEAS N, LH ↑, FSH N sau ↓, PRL N sau moderat ↑ → sindromul ovarelor polichistice (confirmare - ultrasonografie pelvina);

• Testul cu progesteron pozitiv, testosteron brusc ↑, DHEAS N, LH N, FSH N sau ↓, PRL N sau moderat ↑ → tumoare ovariană (confirmare - ultrasonografie pelvină);

• Testul cu progesteron pozitiv, testosteron N sau moderat ↑, DHEAS ↑, LH N, FSH N sau ↓, PRL N sau moderat ↑ → hiperandrogenie suprarenală (confirmare - tomografie)

4. Amenoree asociată cu anomalii ale tractului genital

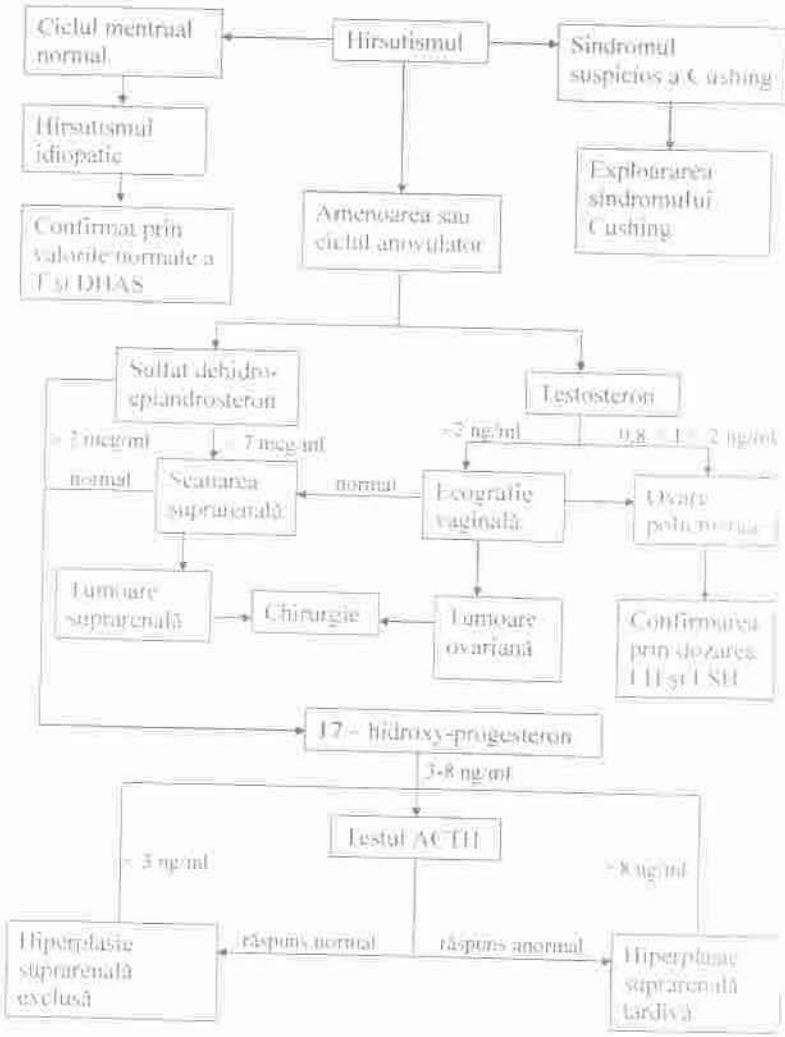
Diagnosticul recomandat: evaluarea nivelului hormonilor LH, FSH, cariotip, ultrasonografie pelvină, testul cu progestine, testul cu estrogeni/ progestine.

• Cariotipul 46 XX, uterul absent → agenezie müllerianǎ (sindromul *Rokitansky-Kuster-Hauser*);

• Cariotipul 46 XY, uterul absent → sindromul insensitivităţii androgenice;

• Cariotipul 46 XX, uterul prezent, testul cu estrogeni/ progestine negativ → anomalie cervico-vaginală (obstrucţie, agenezie)

Schema diagnostică a hirsutismului



PARTEA X. OPERAȚII GINECOLOGICE

Pregătirea preoperatorie a ginecopatelor

Pregătirea pentru operațiile ginecologice este un sistem complex de măsuri diagnostice și profilactico-curative, care au drept obiectiv evaluarea cât mai exactă a stării funcționale ale organelor și sistemelor de organe ale pacientei, precum și corijarea adecvată a dereglărilor depistate cu scopul profilaxiei complicațiilor intra- și postoperatorii.

Măsurile diagnostice cuprind o serie de momente, comune pentru toate tipurile de operații ginecologice:

- hemoleucograma, analiza generală a urinei, probele funcționale ale rinichilor, indicii biochimici ai sângelui, ionograma, coagulograma, ECG, T/A, spirograma, fluorograma sau roentgenograma, reacția Wassermann, examenul la SIDA
- grupa de sânge și factorul rezus
- gradul de puritate a vaginului (trebuie să fie I-II; în caz de colpită ultima este tratată)
- examenul bacteriologic al eliminărilor din vagin, uretră, canalul cervical, faringe, nas
- consultația internistului, anesteziologului, stomatologului, specialiștilor (în caz de maladii asociate)

În cazul maladiilor ginecologice anume sunt necesare ***examene complementare***:

- **afecțiunile inflamatorii ale organelor genitale:** bacterioscopia și examenul bacteriologic al conținutului din uretră, canalul cervical, vagin, antibioticograma; dacă

este suspectată tuberculoza genitaliilor suplimentar se efectuează examenul citologic, bacterioscopic şi bacteriologic, roentgenograma organelor bazinului mic, metrosalpingografia, biopsia endometrului, probele tuberculinice

• ***hemoragii disfuncționale uterine:*** coagulograma, examenul colpocitologic, testele diagnosticului funcțional, raclajul diagnostic fracționat al uterului, excreția hormonilor gonadotropi şi sexuali

• ***sterilitate:*** genicografia, examen endocrinologic special în caz de sterilitate endocrină (excreția hormonilor gonadotropi şi sexuali, metabolismul bazal, funcția tiroidei, suprarenalelor)

• ***operații plastice pe vagin şi col:*** bacteriograma eliminărilor din uretră, vagin, canalul cervical

• ***miom uterin:*** sondajul cavității uterine, raclajul diagnostic al mucoasei uterului; în caz de sindrom hemoragic se efectuează coagulograma, este investigată funcția ficatului şi a sistemului cardiovascular (probele ficatului, ECG, FCG, probele funcționale ale cordului, ş. a.)

• ***tumori ale ovarelor cu suspecție la metastaze:*** examenul glandelor mamare şi al tractului digestiv (roentgenoscopia şi roentgenografia tractului digestiv, rectoromanoscopia); cu scopul diferențierii tumorilor ovariene şi uterine sau extragenitale se efectuează sondajul cavității uterine şi raclajul pereților corpului uterin

• ***sarcină extrauterină:*** reacția biologică cu gravimunum, aprecierea gonadotrofinei corionice în urină, laparoscopia, biopsia endometrului, puncția fornixului posterior

• ***cancerul colului şi/sau corpului uterin:*** examenul

citologic, raclajul diagnostic fracționat, cromocistoscopia, cistoscopia, rectoromanoscopia, limfografia

• ***fistule urogenitale:*** cistoscopia, cistografia, cateterizarea ureterelor

Măsurile profilactico-curative includ.

A. Pregătirea psihoprofilactică:

• informarea clară şi exhaustivă – în măsura solicitată de pacientă - despre caracterul intervenției preconizate

• argumentarea necesității operației, elucidarea beneficiilor pe care le va aduce intervenția chirurgicală stării de sănătate

• debarasarea de frica cauzată de perspectiva operației

B. Medicația preoperatorie, care vine să aducă organele şi sistemele de organe în cea mai bună stare posibilă pentru a suporta viitoarea intervenție

• ***sistemul cardiovascular:*** hemotransfuzie, cardiotonice, perfuzii de glucoză de 40% etc. în funcție de necesități

• ***sistemul respirator:*** lecții de gimnastică respiratorie, terapia preoperatorie a bronşitei cronice, emfizemului

• ***cavitatea bucală:*** asanarea focarelor de infecție

• ***tractul gastrointestinal:*** dietă – în ajunul operației prânzul este uşor (supă lichidă, bulion cu pesmeti, terci de griş), la cină se consumă un pahar de ciai dulce cu pesmet. Seara înainte de operație şi în dimineața operației se face clismă evacuatorie, iar în caz de constipații în ameaza din ajunul intervenției suplimentar se administrează purgative (ulei de ricină 30 g). Pentru operatiile pe intestinul gros ultimele 3-4 zile dieta trebuie să fie uşoară: chefir, bulion, unt, smântână, ciai dulce, sucuri; cu 2 zile înainte

de operaţie se face clisma evacuatorie, în ajunul operaţiei se administrează purgative (30 g de ulei de ricină sau sulfat de magneziu), iar în dimineaţa din ziua operaţiei se face clisma-sifon, cu 2 ore înainte de operaţie se permite ciai dulce

• ***ficatul:*** se practică injecţiile de glucoză cu acid ascorbic. În cazul scăderii stabile a funcţiei ficatului intervenţiile traumatice sunt riscante

• ***organele genitale:*** asanarea vaginului (frotiu de gradul I-II de puritate), înainte de operaţiile plastice dacă sunt prezente escariile ultimele sunt tratate până la vindecarea completă (2-3 săptămâni), dacă se preconizează extirparea uterului pe cale vaginală se admite intervenţia până la vindecarea completă a escariilor

• ***asanarea focarelor de infecţie***

• ***măsuri de igienă sanitară:*** duş, pilozitatea de pe muntele Venus este bărbierită nemijlocit înainte de operaţie (nici într-un caz nu în ajunul ei sau cu câteva ore înainte de intervenţie) pentru a evita foliculita, se preferă însă nu bărbieritul, ci epilarea sau frezarea scurtă a părului de asupra tegumentelor

• seara înainte de operaţie se administrează un tranchilizant (meprobamat, mezapam, nozepam, ş.a.)

• cateterizarea vezicii urinare înainte de operaţie, cateter permanent în timpul operaţiei

Operaţii plastice pe vagin

<u>Colporafia anterioară</u> este indicată în caz de cistocel

Pregătirea pentru operaţie: pe lângă pregătirea habituală ultimele 2-3 zile înainte de operaţie se practică

băiţe vaginale cu soluţie 3% de H_2O_2, pe noapte se aplică tampoane vaginale cu emulsie de sintomicină sau alt preparat antimicrobian.

<u>Protocolul operaţiei</u>

În poziţia ginecologică a pacientei organele genitale externe şi partea internă a coapselor au fost prelucrate cu soluţie 2% de iod şi soluţie 70% de alcool etilic, aria operatorie izolată cu câmpuri sterile.

Vaginul s-a expus în valve, colul uterin şi vaginul prelucrate cu antiseptic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa Museau şi deplasat spre fanta genitală, posterior. Pe linia mediană a peretelui vaginal anterior, la 1,5-2,0 cm mai jos de orificiul extern al uretrei şi 1,5-2,0 cm de la orificiul extern al canalului cervical, au fost aplicate două pense Kocher. Între pense cu bisturiul s-a efectuat o incizie ovalară a mucoasei vaginului, s-a delimitat un lambou. Spaţiul de sub lambou a fost tunelizat cu ajutorul foarfecelui bont insinuat sub mucoasă, iar lamboul separat de fascia vezicală subiacentă prin disecarea bridelor conjunctive parţial cu bisturiul, parţial cu compresa montată pe indice (police). După efectuarea hemostazei cistocelul a fost înfundat cu suturi separate de catgut, aplicate pe ţesuturile paravezicale (fascia vezicală şi muşchi). Peretele vaginal anterior a fost refăcut cu suturi separate de catgut. S-a efectuat toaleta vaginului, plaga a fost prelucrată cu soluţie 5% de iod, instrumentele înlăturate. În vagin s-a introdus un tampon steril cu sintomicină. Hemoragia 70 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Complicaţii n-au fost

<u>Colpoperineoplastica</u> este indicată în caz de rectocel; de obicei se efectuează împreună cu colporafia anterioară.

Pregătirea pentru operație este aceeași ca și pentru colporafia anterioară.

Protocolul operației

În poziția ginecologică a pacientei organele genitale externe și partea internă a coapselor au fost prelucrate cu soluție 2% de iod și soluție 70% de alcool etilic, aria operatorie izolată cu câmpuri sterile.

Vaginul s-a expus în valve, colul uterin și vaginul prelucrate cu antiseptic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa Museau și deplasat spre fanta genitală, anterior. Pe peretele posterior al vaginului s-au aplicat trei pense Kocher – una proximală pe linia mediană la 1,5 cm exterior de colul uterin și două distale, la dreapta și la stânga hotarului dintre mucoasa vaginului și pielea perineului. Între pense cu bisturiul a fost secționat un lambou în formă de V inversat cu ramurile concave, după care cu ajutorul foarfecelui curb și a compresei montate pe indice (police) fără inconveniente s-a efectuat decolarea lamboului de țesuturile subiacente. În plagă au fost expuși ridicatorii anali, pe care s-au aplicat nelegate două fire de catgut, marginile firelor au fost montate pe pensele Pean. Peretele anterior exuberant al rectului a fost înfundat cu trei suturi de catgut în U, aplicate pe fascia conjunctivă a rectului, după care s-au legat firele puse pe ridicătorii anali. Peretele vaginal posterior și perineul au fost refăcute cu suturi separate de catgut, pe pielea perineului s-au aplicat 4 suturi de mătase. Toaleta vaginului, instrumentele înlăturate. Vaginul și perineul prelucrate cu soluție 5% de iod. În vagin s-a introdus un tampon steril cu sintomicină. Hemoragia 70 ml.

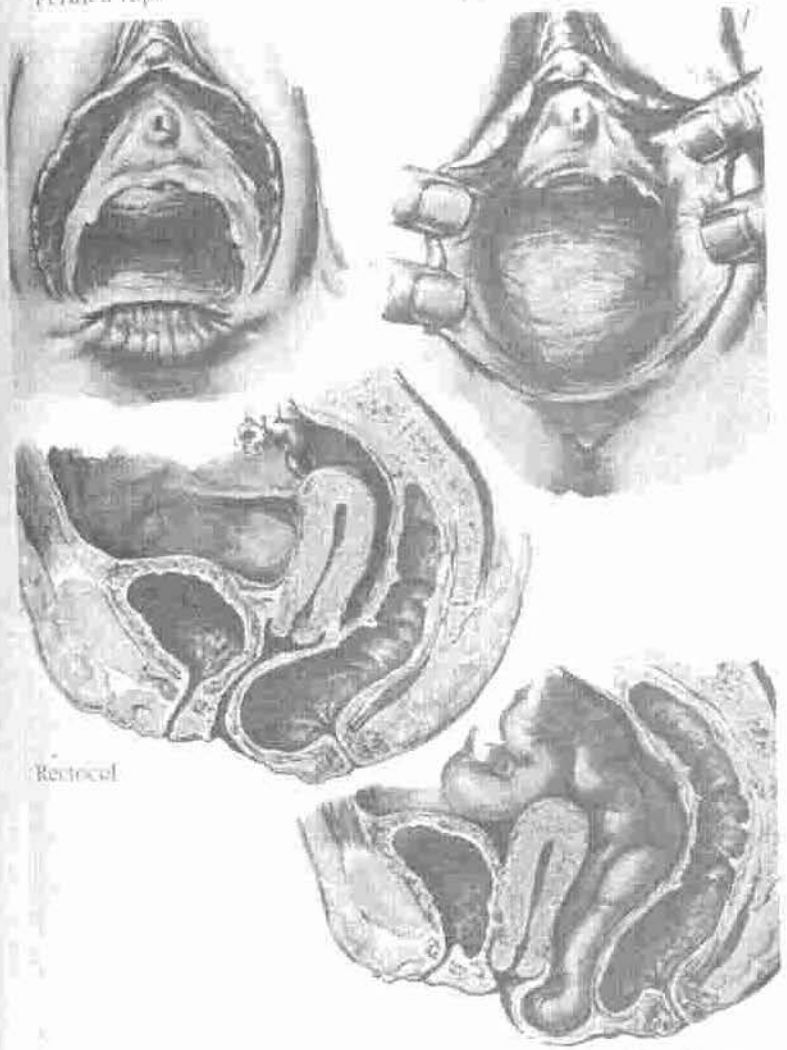
Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

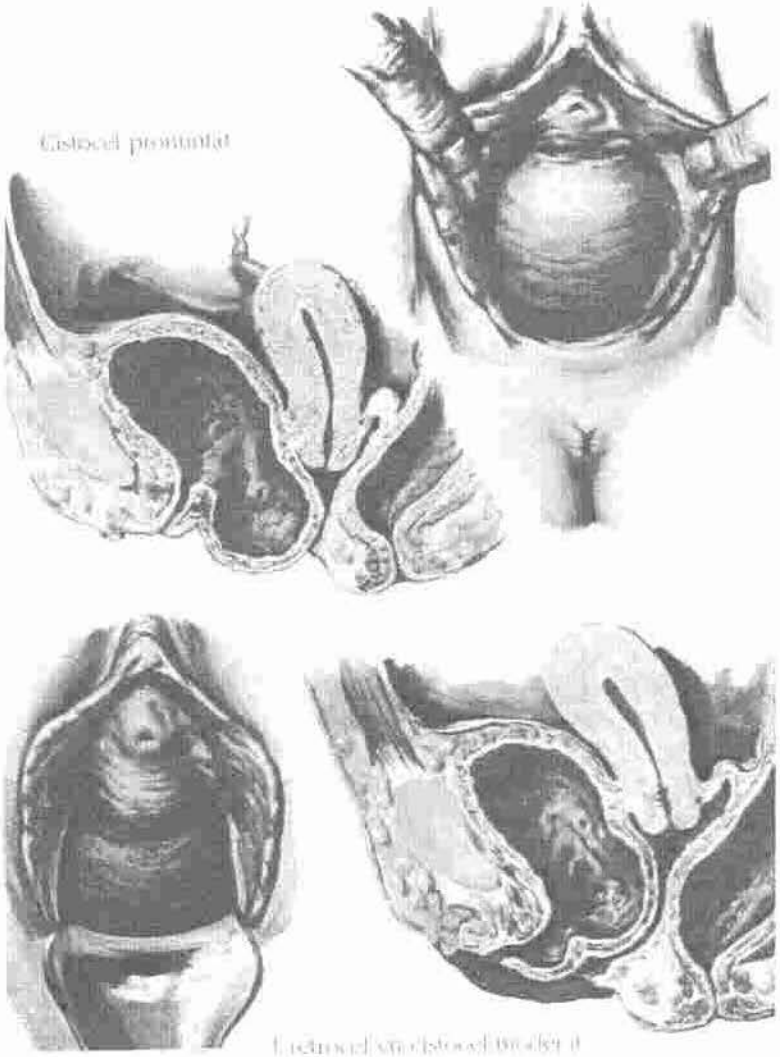
Complicații n-au fost

Rectocele, enterocele



Frank H. Netter. The CIBA collection of medical illustrations. Switzerland. 1988

Cistocel, uretrocel



Frank H. Netter. The CIBA collection of medical illustrations, Switzerland, 1988

Operaţii ginecologice abdominale

Pentru operaţiile ginecologice abdominale se folosesc două căi de acces (laparotomii) – laparotomia mediană inferioară şi laparotomia după Pfannenstiel.

Laparotomia mediană inferioară include următoarele momente:

1. Pregătirea câmpului de operaţie. Pielea de pe peretele abdominal anterior şi pubis se depilează înainte de operaţie. Peretele abdominal anterior, pubisul, partea anterioară a coapselor (treimea superioară) se prelucrează de două ori cu antiseptic (soluţie 5% de iod, alcool etilic, ş.a.), zona viitoarei incizii se delimitează cu ajutorul câmpurilor sterile.

2. Laparotomia propriu-zisă:

- ***incizia pielii şi stratului subcutanat adipos până la aponeuroză***: pe piele se aplică două pense – una cu 2 cm mai jos de ombilic, cealaltă cu 1 cm mai sus de plica abdominală inferioară – între care se efectuează incizia
- ***ligaturarea vaselor lezate*** ale stratului subcutanat adipos
- ***incizia aponeurozei***: la început se efectuează incizia cu bisturiul la mijlocul plăgii pe o porţiune de 1,5 - 2 cm, apoi cu foarfecele închis insinuat sub aponeuroză aceasta se separă de muschi şi se secţionează în direcţia pubisului; acelaşi lucru se repetă în direcţia ombilicului
- ***separarea muşchiului abdominal anterior stâng*** de linia albă, evidenţierea peritoneului
- ***incizia şi separarea peritoneului***: la graniţa dintre treimea superioară şi medie a plăgii peritoneul se fixează cu două pense, între care cu bisturiul se efectuează incizia

de 1-2 cm. Marginile inciziei se fixează cu clemele Miculici, după care incizia este continuată cu foarfecele spre dreapta și spre stânga (se preferă incizia transversală a peritoneului și nu cea longitudinală, pentru că ultima mărește riscul de lezare a vezicii urinare), fixând peritoneul de scutecul separator pe tot parcursul inciziei cu clemele Miculici. Între marginea peritoneului și marginea scutecului nu trebuie să se vadă mușchii, stratul adipos subcutanat sau pielea.

• ***inspecția organelor bazinului mic***: mâina dreaptă se introduce în bazinul mic și se efectuează palparea uterului, anexelor, se apreciază dimensiunile lor, mobilitatea, prezența aderențelor, atitudinea față de organele adiacente (vezica urinară, omentul, ansele intestinale, peritoneul parietal). În cavitatea abdominală se introduc 1-2 câmpuri moi pentru a separa bazinul mic de restul cavității abdominale

• ***efectuarea intervenției***

• ***toaleta cavității abdominale*** (înlăturarea câmpurilor moi din cavitatea abdominală, înlăturarea sângelui și a chiagurilor, instrumentelor), controlul eficacității hemostazei

• ***reconstituirea peretelui abdominal în straturi anatomice:***

- peritoneul – sutură de catgut neîntreruptă sub control vizual (pericol de suturare a ansei intestinale, omentului)

- mușchii – sutură de catgut neîntreruptă fără implicarea peritoneului

- aponeuroza – suturi separate de catgut și controlul digital al calității suturării (pericol de hernie postoperatorie)

- stratul adipos subcutanat – suturi separate de catgut, solicitând fundul plăgii, dar fără implicarea aponeurozei

- pielea – suturi separate de mătase cu coaptarea exactă a marginilor plăgii

• ***badijonarea plăgii cu antiseptic*** (soluție de alcool etilic, iod 5%)

• ***pansament aseptic***

• suplimentar: se efectuează toaleta vaginului cu tampon uscat, apoi umectat cu antiseptic; se cateterizează vezica urinară

Avantajele accesului median inferior:

• tehnică simplă

• hemoragie minimă

• posibilitatea prelungirii inciziei intraoperator, câmp operator larg

Dezavantajele:

• risc sporit de eventrații postoperatorii

• aspectul neestetic al cicatricei

• risc sporit de supurație a plăgii

<u>Laparotomia prin incizie transversală suprapubiană după Pfannenstiel</u> include următoarele momente:

1. ***Pregătirea câmpului de operație.*** Pielea de pe peretele abdominal anterior și pubis se depilează înainte de operație. Peretele abdominal anterior, pubisul, partea anterioară a coapselor (treimea superioară) se prelucrează de două ori cu antiseptic (soluție 5% de iod, alcool etilic, ș.a.), zona viitoarei incizii se delimitează cu ajutorul câmpurilor sterile.

2. ***Laparotomia propriu-zisă:***

• ***incizia pielii și stratului subcutanat adipos*** până la

aponeuroză: pe piele în regiunea plicii abdominale inferioare (de asupra pubisului) se aplică două pense la o distanță de 12 cm una de alta, între ele se efectuează incizia

• ***hemostază minuțioasă***, în special la unghiurile plăgii

• ***incizia aponeurozei***: de ambele părți ale liniei albe cu bisturiul se secționează aponeuroza, incizia fiind continuată cu foarfecele la dreapta și la stânga în limitele inciziei cutanate

• ***separarea aponeurozei*** de mușchii drepți ai abdomenului: marginea superioară a aponeurozei se pensează în regiunea liniei albe cu două pense Kocher, cu ajutorul lor aponeuroza este ridicată în sus și se efectuează disecarea ei de mușchii subiacenți

• ***separarea mușchilor drepți și piramidali, vizualizarea peritoneului***

• ***incizia și separarea peritoneului*** are loc ca în cazul laparotomiei mediane inferioare

• ***inspecția organelor bazinului mic***

• ***efectuarea intervenției***

• ***toaleta cavității abdominale***, controlul eficacității hemostazei

• ***reconstituirea peretelui abdominal în straturi anatomice:***

- peritoneul – sutură de catgut neîntreruptă
- mușchii – sutură de catgut neîntreruptă
- aponeuroza – suturi separate de catgut
- stratul adipos subcutanat – suturi separate de catgut
- pielea – suturi separate de mătase cu coaptarea exactă a marginilor plăgii

• ***badijonarea plăgii cu antiseptic*** (soluție de alcool etilic, iod 5%)

• ***pansament aseptic***

• suplimentar: se efectuează toaleta vaginului cu tampon uscat, apoi umectat cu antiseptic; se cateterizează vezica urinară

Avantajele inciziei suprapubiene după Pfannenstiel:

• aspectul estetic al cicatricei

• respectarea fiziologiei planurilor anatomice prin păstrarea intactă a nutriției (vascularizației) și a sensibilității (inervației) acestora

• evitarea riscului de eventrație postoperatorie

• posibilitatea mobilizării precoce a bolnavelor

Dezavantajele:

• tehnica complicată, timpul operației mai lung

• câmpul operator mai redus

• hemoragie sporită, uneori abundentă (în cazurile când incizia pielii și a stratului subcutanat adipos este prea lungă se lezează nu numai artera pudendă externă ci și arterele epigastrice superficiale)

• hematoame simple sau supurate mai frecvente

• risc sporit de lezare a vezicii urinare

<u>Tubectomia</u> este operația care se efectuează în caz de sarcină extrauterină tubară. Tubectomia, de regulă, este operație de urgență, deaceea ***pregătirea preoperatorie*** se reduce la minimum:

• aprecierea grupei sangvine și factorului rezus

• se fac spălături gastrice și conținutul stomacului se evacuează cu sonda

• în cazul șocului hemoragic imediat după aprecierea grupei de sânge și factorului rezus trebuie de recurs la

hemotransfuzie şi perfuzarea substituenţilor de sânge, care continuă în sala de operaţie

- cateterizarea vezicii urinare
- epilarea tegumentelor din zona intervenţiei

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. În cavitatea abdominală s-a depistat sânge liber vechi, care a fost aspirat, iar chiagurile înlăturate manual. Ansele intestinale izolate cu câmpuri moi, inspecţia organelor bazinului mic. S-a depistat sarcină tubară întreruptă în regiunea ampulară din dreapta, pe ovarul drept se apreciază corpul galben gestativ. Uterul şi anexele stângi fără leziuni macroscopice. Cu mâna dreaptă anexa lezată a fost exteriorizată şi pensată cu două cleme: în regiunea cornului uterin şi pe mezosalpinx din partea ampulară. Mezoul a fost secţionat din aproape în aproape de asupra clemei până la cornul uterin, regiunea interstiţială a trompei detaşate a fost excizată cuneiform cu bisturiul. Pe bontul mezosalpinxului şi cornului uterin s-au aplicat suturi separate de catgut. S-a efectuat peritonizarea bontului din contul ligamentului rotund cu "surjet" fin. Controlul hemostazei, toaleta cavităţii abdominale – în total au fost înlăturate 1000 ml de sânge. Peretele abdominal reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluţie 70% de alcool etilic şi soluţie 5% de iod, pansament aseptic.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Complicaţii n-au fost.

Descrierea preparatului înlăturat: a fost înlăturată trompa dreaptă mărită în diametru de 8 cm, regiunea ampulară şi toată cavitatea trompei umplută cu chiaguri dense. Ouă fetal nu se vizualizează, probabil din cauza îmbibiţiei cu sânge. Tunica

seroasă a trompei lezată. Preparatul expediat la examenul histologic.

Ovarectomia se efectuează în cazul schimbărilor patologice ale ovarului (chist, fibrom, ş.a.).

Pregătirea preoperatorie este aceeaşi ca şi pentru orice operaţie ginecologică.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. La inspecţia organelor bazinului mic s-a depistat un chistom multilocular de dimensiunile 15X17 cm, care a fost exteriorizat şi izolat cu câmpuri sterile. După exteriorizare s-a constatat că chistomul este pediculat şi provine din ovarul stâng. Uterul şi anexele drepte cu aspect normal. Pe pediculul chistomului (ligamentul utero-ovarian, ligamentul lombo-ovarian şi mezou) s-au aplicat cleme Kocher, ţesuturile între cleme au fost secţionate, tumora înlăturată. Pe bont s-au aplicat suturi hemostatice, ligamentul lat s-a închis cu "surjet", infundând bontul creat. Toaleta cavităţii abdominale, evidenta instrumentelor şi câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice: pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluţie 70% de alcool etilic şi soluţie 5% de iod, pansament aseptic. Hemoragia 100 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Complicaţii n-au fost.

Descrierea preparatului: tumora extirpată reprezintă un chistom pseudomucinos multilocular de dimensiunile 15X17 cm, cu suprafaţa neregulată. Capsula chistomului este îngroşată, pe alocuri subţiată, tunica internă este netedă. Conţinutul chistomului – lichid vâscos transparent, de culoare cafenie. Capsula a fost expediată la examenul histologic.

Histerectomia subtotală fără anexe se efectuează în legătură cu miomul uterin.

Pregătirea preoperatorie este aceeaşi ca şi pentru orice operaţie ginecologică.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. Plaga a fost lărgită cu depărtătoarele, cu ajutorul sfredelului chirurgical uterul a fost luxat din cavitatea abdominală şi adus deasupra peretelui abdominal. Cu ajutorul unui câmp moale au fost izolate ansele intestinale. Trompa şi ligamentul utero-ovarian drepte au fost prinse între două pense Kocher la 1,5 de uter şi secţionate cu foarfecele, acelaşi lucru pentru ligamentul rotund după care manevra s-a repetat din stânga. Clemele au fost înlocuite cu ligaturi lungi montate pe pensele Pean. S-a efectuat incizia şi detaşarea foiţei anterioare a ligamentului larg, peritoneul vezico-uterin evidenţiat şi secţionat cu foarfecele în linie curbă de la un ligament rotund la celălalt. Cu o compreşă montată pe pensă port-tampon peritoneul a fost decolat de pe istmul uterului şi deplasat împreună cu vezica urinară în jos cu ajutorul valvei suprapubiene. Cu compresa montată pe pensă a fost detaşată foiţa posterioară a ligamentului larg şi pus în evidenţă pediculul vascular drept. Perpendicular pe rebordul uterului, la nivelul orificiului intern au fost aplicate două pense paralele, între care a fost secţionată, apoi suturată artera uterină dreaptă. Aceeaşi manevră s-a repetat din stânga. Uterul secţionat cuneiform şi înlăturat, canalul cervical prelucrat cu soluţie 5% de iod, bontul cervical suturat cu fire separate de catgut. Peritonizarea în "surjet" a bontului cervical din contul peritoneului vezico-uterin şi a bontului anexelor din contul ligamentului larg. Controlul hemostazei (s-au înlăturat 150 ml de sânge), toaleta cavităţii abdominale, evidenţa instrumentelor şi câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluţie 70% de alcool etilic şi soluţie 5% de iod, pansament aseptic. Hemoragia totală 200 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Complicaţii n-au fost.

Descrierea preparatului: a fost înlăturat corpul uterului cu un nod miomatos submucos cu dimensiunile 7X8 cm şi două noduri interstiţiale 3X4 cm. Cavitatea uterului deformată. Preparatul expediat la examenul histologic.

Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală se efectuează în legătură cu asocierea patologiei anexelor şi corpului uterin.

Pregătirea preoperatorie este aceeaşi ca şi pentru orice operaţie ginecologică.

Protocolul operaţiei

În condiţii aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. Plaga a fost lărgită cu depărtătoarele, cu ajutorul sfredelului chirurgical uterul a fost luxat din cavitatea abdominală şi adus deasupra peretelui abdominal. Cu ajutorul câmpurilor moi au fost izolate ansele intestinale. Pe ligamentele infundibulo-pelviene în apropierea ovarelor s-au aplicat paralel două pense, între care ligamentele au fost sectionate, bonturile suturate cu catgut. S-a efectuat secţionarea ligamentului rotund între două pense Kocher, capătul distal a fost legat. Cu foarfecele s-a deschis puntea peritoneală dintre trompă şi ligamentul rotund, s-a pătruns între foiţele ligamentului larg, care au fost detaşate cu un tampon montat pe pensă şi sectionate anterior de la ligamentul rotund până la fundul de sac vezico-uterin, posterior până în apropierea ligamentelor utero-sacrate. Peritoneul vezico-uterin a fost scos în evidenţă şi secţionat cu foarfecele în linie curbă, decolat cu un tampon montat pe pensă de pe istmul uterului şi deplasat împreună cu vezica urinară în jos cu ajutorul valvei suprapubiene. Perpendicular pe rebordul uterului la nivelul orificiului intern au fost aplicate două pense

paralele, între care a fost secționată, apoi suturată artera uterină dreaptă. Aceeași manevră s-a repetat din stânga. Uterul a fost secționat cuneiform și înlăturat, canalul cervical s-a prelucrat cu soluție 5% de iod, bontul cervical suturat cu fire separate de catgut. Peritonizarea în "surjet" a bontului cervical din contul peritoneului vezico-uterin și a ligamentului rotund și infundibulo-pelvian din contul ligamentului larg. Controlul hemostazei (s-au înlăturat 150 ml de sânge), toaleta cavității abdominale, evidența instrumentelor și câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluție 70% de alcool etilic și soluție 5% de iod, pansament aseptic. Hemoragia totală 200 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Descrierea preparatului: a fost înlăturat corpul uterului cu anexele. Uterul schimbat din cauza multiplelor noduri miomatoase interstiziale; ovarul din stânga reprezintă un chist cu capsulă subțire de 6X8 cm, în ovarul dept mai multe chisturi mici, trompele fără schimbări macroscopice. Preparatul expediat la examenul histologic.

Extirparea uterului cu anexe este operația care se efectuează în caz de cancer endometrial, sau alte stări patologice ale anexelor și uterului.

Pregătirea preoperatorie are unele particularități. Pe lângă măsurile habituale se mai efectuează:

- prelucrarea vaginului cu soluție de alcool etilic sau soluție 5% de iod de înainte de operație
- prelucrarea părții vaginale a colului uterin cu soluție 5% de iod
- vaginul se tamponează cu tifon steril, un capăt al căruia se lasă în afara fantei genitale și se montează pe pensă

Protocolul operației

În condiții aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. La inspecția organelor bazinului mic s-a constatat uterul mărit de 7X10 cm, anexele fără schimbări macroscopice, aderate la foița posterioară a ligamentului larg. Plaga a fost lărgită cu depărtătoarele, aderențele secționate cu foarfecele. Cu ajutorul sfredelului chirurgical uterul a fost luxat din cavitatea abdominală și adus deasupra peretelui abdominal. Cu ajutorul câmpurilor moi au fost izolate ansele intestinale. Pe ligamentele infundibulo-pelviene în apropierea ovarelor s-au aplicat paralel două pense, între care ligamentele au fost secționate, bonturile suturate cu catgut. S-a efectuat secționarea ligamentului rotund între două pense Kocher, capătul distal a fost legat. Cu foarfecele s-a deschis puntea peritoneală dintre trompă și ligamentul rotund, s-a pătruns între foițele ligamentului larg, care au fost detașate cu un tampon montat pe pensă și secționate anterior de la ligamentul rotund până la fundul de sac vezico-uterin, posterior până la inserția ligamentelor utero-sacrate. Peritoneul vezico-uterin a fost scos în evidență și decolat parțial cu foarfecele, parțial cu indexul pe tot traseul până la fornixul anterior, apoi deplasat împreună cu vezica urinară în jos cu ajutorul valvei suprapubiene. Pediculele vasculare au fost secționate și suturate între două cleme paralele aplicate mai jos de orificiul intern. Ligamentele sacro-uterine au fost pensate în apropierea uterului și secționate, bonturile suturate. Între ligamentele sacro-uterine s-a incizat peritoneul recto-uterin, cu ajutorul compresei montate pe pensă a fost separat rectul. Peretele anterior al vaginului a fost pensat și incizat, din vagin s-a înlăturat tamponul. Vaginul a fost tamponat cu o panglică de tifon, umectată cu soluție 5% de iod. Colul uterin a fost fixat cu pensa "fire-balle" în regiunea orificiului intern, expus în plagă și detașat de fornixul vaginal. Uterul cu anexele a fost înlăturat, vaginul s-a suturat cu suturi separate de catgut. Peritonizarea în "surjet" din contul ligamentului larg, peritoneului vezico-uterin și recto-uterin. Controlul hemostazei, toaleta cavității abdominale, evidența instrumentelor și câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluție 70% de alcool

etilic şi soluţie 5% de iod, pansament aseptic. Hemoragia totală 250 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operaţiei – (ora)

Sfârşitul operaţiei – (ora)

Complicaţii n-au fost.

Descrierea preparatului: a fost înlăturat uterul cu anexele Uterul mărit de 7X10 cm, anexele fără schimbări macroscopice Preparatul expediat la examenul histologic.

Conduita ginecopatelor în perioada postoperatorie

Conduita după operaţiile plastice pe vagin:

• după operaţie pe perineu se aplică o pungă cu ghiaţă pe 1-1,5 ore. În zilele ulterioare ghiaţa se aplică dozat dacă perineul este edemaţiat, punga fiind învelită în scutec steril

• în prima zi după operaţie membrele inferioare trebuie să fie întinse de-a lungul corpului. Din ziua a doua se permite flectarea lor în articulaţia genunchiului, dar nu şi desfacerea lor. Poziţia în decubit lateral de asemenea se permite numai cu picioarele unite

• tamponul cu sintomicină (vaselină), introdus după operaţie, se extrage peste 6-8 ore

• dieta primele 5 zile trebuie să fie lichidă (ciai fără zahăr, bulion de peşte, sucuri), în ziua a 6-7-a se permite terci de fructe şi legume, chefir degresat, lapte acru. În ajunul înlăturării suturilor, adică la a 6-a zi se administrează *per os* 30 g de glicerină. Din ziua 8-a este urmată dieta lacto-vegetală, iar din ziua 10-a se trece la dieta Nr.15 (generală)

• primele două zile micţiunea trebuie să fie de sinestătătoare (pentru a induce reflexul se practică picurarea permanentă a apei din robinet, i/m se introduc 3-5 ml de soluţie 25% de sulfat de magneziu sau 1 ml de pituitrină, i/v se administrează 5-10 ml de soluţie 40% de urotropină). Dacă se efectuează cateterizarea vezicii urinare, cateterul trebuie să fie steril şi prelucrat cu vaselină. Cu scopul profilaxiei cistitei în urma multiplelor cateterizări se administrează furadonină sau urolesan

• toaleta perineului şi suturilor: de două ori pe zi se efectuează prelucrarea perineului cu soluţii antiseptice (rivanol furacilină, permanganat de caliu) astfel încât suturile să nu fie umezite; după prelucrarea cu antiseptic suturile se usucă cu tampon de tifon steril şi se prelucrează cu soluţie de alcool etilic şi iod de 5%

• suturile se înlătură la 6-a sau 7-a zi

• ridicarea din pat se permite începând cu ziua a 10-a, dar fără a se aşeza

• în lipsa complicaţiilor pacienta se externează la a 13 - 15-a zi

• dacă are loc supuraţia plăgii pe perineu suturile se înlătură, plaga se prelucrează cu soluţuie 3% de H_2O_2 şi se aplică pansament cu soluţie hipertonică sau unguent Vişnevschi

Conduita după operaţiile abdominale:

• după transportarea pacientei în salon la picioare de asupra păturii se aplică un termofor, iar pe abdomen – o pungă cu ghiaţă învelită în scutec (pe 3 - 6 ore)

• analgezie: în primele 24 ore după operaţie fiecare 6 ore se administrează 2 ml soluţie 2% de promedol, 1 ml soluţie 1% de morfină, desensibilizante

• controlul riguros al indicilor hemodinamici (puls, T/A), frecvenţei respiraţiei, turgorului cutanat, saburaţiei linguale

• inspecţia sistematică a stării plăgii postoperatorii (hiperemie, sensibilitate, edemaţiere, prezenţa eliminărilor, aspectul pansamentului). Dacă pansamentul este uscat, el este schimbat peste 2-4 zile după operaţie. Ulterior pansamentul curat se schimbă o dată la 2 zile, cel îmbibat – zilnic sau pe măsura îmbibării. Plaga se prelucrează cu soluţie 3% de H_2O_2, se usucă, apoi se prelucrează cu soluţie de iod de 5% sau soluţie 70% de alcool etilic

• examinarea minuţioasă clinică şi paraclinică: starea generală în dinamică, acuzele, examenul pe sisteme şi organe, indicii biochimici

• restabilirea homeostazei dereglate: restituirea volumului sângelui circulant, combaterea dezechilibrului acido-bazic şi hidroelectrolitic, alimentaţie parenterală, ameliorarea reologiei sângelui, medicaţie adecvată; de obicei volumul terapiei de infuzie-transfuzie după operaţiile ginecologice constituie circa 1000-1500 ml/nict şi durează 2 – 3 zile

• profilaxia şi tratamentul complicaţiilor septico-purulente postoperatorii: tratament antibacterial în baza antibioticogramei, antimicotice; oxibaroterapie din ziua 2 - 3-a 4-5 proceduri; magnetoterapie de frecvenţă joasă câte 15 min. timp de 10 zile; fizioterapie cu curenţi de frecvenţă ultraînaltă

• înlăturarea drenului la 2 - 3 zi (depinde de cantitatea exsudatului)

• profilaxia complicaţiilor tromboembolice: poziţia ridi-

cată a membrelor în pat, bandaj elastic, gimnastică curativă, masaj, în caz de varice – antiagregante (aspirină 0,25-0,5 g/nict., dipiridamol 25-50 mg/nict., fraxiparin, heparină 5000 Un s/c de 2 ori/nict)

• profilaxia complicaţiilor respiratorii: inhalarea oxigenului, poziţia semiridicată în pat, gimnastică respiratorie (din ziua 2-a)

• profilaxia şi lupta cu pareza intestinală: în cazul evoluţiei normale peristaltica intestinală se restabileşte peste 12-24 ore după intervenţie; în caz de necesitate a doua zi se administrează 1 ml soluţie 0,05% de prozerină s/c, iar peste 30 min se efectuează clismă cu soluţie hipertonică; în caz de pareză intestinală uşoară i/v se administrează soluţie hipertonică de clorură de natriu, s/c se introduc 2 ml soluţie 0,05% de prozerină şi peste 30 min se efectuează clismă cu soluţie hipertonică. În lupta cu pareza intestinală sunt eficiente decompresia gastro-intestinală, electrostimularea intestinală şi oxibaroterapia 3-5 proceduri începând cu ziua a 2 - 3-a după intervenţie sau tab. Ubretid 5 mg-1/2 pastilă sublingual, la necesitate se repetă peste 12 ore 1/2 pastilă

• dieta: în prima zi numai alimentare parenterală, a 2-a zi – lichide (bulion, ciai sau cafea). Cavitatea bucală se prelucrează sistematic. De la a 3-a zi regimul alimentar treptat se lărgeşte cu trecerea la dieta generală Nr.15 către ziua 4 - 5

• înlăturarea suturilor: la a 7-a zi se înlătură suturile peste una, suturile restante - la a 9-a zi

• externarea pacientei în caz de evoluţie necomplicată a perioadei postoperatorii se efectuează la 9 - 12 zi.

Profilaxia infecţiilor nozocomiale

Profilaxia infecţiilor nozocomiale are două ***obiective majore***:

• prevenirea complicaţiilor postoperatorii septico-purulente

• minimalizarea riscului de transmitere a aşa maladii severe ca hepatita virală B, C, Delta şi SIDA nu numai pacienţilor, ci şi întregului personal medical al instituţiei

Măsurile profilactice împotriva infecţiilor se bazează pe următoarele ***principii*** de reţinut:

• **fiecare** persoană (pacient sau colaborator al instituţiei medicale) trebuie să fie considerată potenţial infectată

• **spălaţi-vă mâinile** înainte şi după fiecare procedură – aceasta este cea mai practică metodă de a preveni transmiterea agentului patogen de la o persoană la alta (spălatul mâinilor fără săpun până la apă curată înlătură circa 50% de microorganisme, iar cu săpun – circa 80%)

• **îmbrăcaţi mănuşile** înainte de a contacta cu mediu umed (tegumente lezate, mucoase, sânge, mucus, alte secreţii sau excremente) sau instrumente şi materiale utilizate

• **utilizaţi bariere mecanice** (ochelari protectori, mască, şorţ) atunci când este posibilă diseminarea sângelui, secreţiilor sau excrementelor (fecalii, urină)

• **respectaţi regulile de securitate** la efectuarea unor proceduri, de exemplu, nu îmbrăcaţi pesarul pe acul deja folosit, transmiteţi cu precauţie instrumentele ascuţite, lichidaţi corect deşeurile medicale

• **izolaţi pacientul** în cazurile când secreţiile sau excrementele nu pot fi izolate.

Prelucrarea mănuşilor, etapele:

• înmuierea în soluţie 0,5 % de cloramină sau clorghexidină timp de 10 min

• spălarea minuţioasă cu detergent şi înlăturarea tuturor particulelor, clătirea cu apă; controlul integrităţii; dacă vor fi sterilizate – de uscat din ambele părţi la aer liber sau cu ştergarul

• pentru dezinfecţie profundă (se inactivează toate microorganismele, cu excepţia unor endospori): fierberea timp de 20 min (din momentul fierberii) într-o cratiţă cu capac; mănuşile trebuie să fie acoperite în întregime cu apă, şi din momentul fierberii în cratiţă nu se mai adaugă nimic

• pentru sterilizare (se inactivează toate microorganismele, inclusiv endosporii): autoclavare la 120°C şi 106 kPa timp de 20 min

Prelucrarea instrumentelor, etapele:

• înmuierea în soluţie 0,5 % de cloramină sau clorghexidină timp de 10 min

• spălarea minuţioasă în detergent, înlăturând cu peria toate particulele, clătirea cu apă curată; dacă vor fi sterilizate – de uscat la aer liber sau cu ştergarul

• pentru dezinfecţie profundă: fierberea timp de 20 min (din momentul fierberii) într-o cratiţă cu capac; din momentul fierberii în cratiţă nu se mai adaugă nimic

• pentru sterilizare (se inactivează toate microorganismele, inclusiv endosporii): autoclavare la 121°C şi 106 kPa timp de 20 min (sau 30 min dacă sunt împachetate) sau prelucrarea în aer fierbinte timp de 60 min după atingerea temperaturii de 170°C

Prepararea soluțiilor de antiseptic de concentrație necesară

Pentru a pregăti o soluție de anumită concentrație din altă soluție mai concentrată ne folosim de formula:

În total volumuri de apă $VA = \frac{\%\ \text{concentratului}}{\%\ \text{soluției}} - 1$

De exemplu, trebuie să pregătim soluție diluată 0,1% din concentrat de 5%.

$$VA = \frac{5}{0.1} - 1 = 50 - 1 = 49$$

Deci, amestecăm 49 volumuri de apă fiartă filtrată cu un volum de concentrat.

Pentru a pregăti o soluție de anumită concentrație din concentrat de praf uscat ne folosim de formula:

$$\text{Grame / litru} = \frac{\%\ \text{soluției}}{\%\ \text{concentratului}} \times 1000$$

De exemplu, trebuie să preparăm soluție 0,5% de clor din praf concentrat de 35%.

$$\text{Grame / litru} = \frac{0.5\%}{35\%} \times 1000 = 14{,}2\ \text{g/l},$$

adică la 1 litru de apă se adaugă 14,2 g de praf concentrat.

PARTEA XI. NOȚIUNI DE HEMOTRANSFUZIE

Aprecierea grupei sanguine:

- se controlează valabilitatea serurilor standart: fiola trebuie să fie nesigilată, serul transparent, pe eticheta de pe fiolă trebuie să fie indicate titrul, seria, termenul de valabilitate
- pe placa specială în adâncitiurile existente se aplică câte două picături de fiecare serie de ser standart
- la picăturile de ser se adaugă câte o picătură mică de sânge al pacientei, astfel încât să fie păstrat raportul între sânge și ser 1:10, amestecând bine sângele și serul de fiecare grupă cu spatula de sticlă aparte pentru a evita artefactele
- placa este inclinată ușor dintr-o parte în alta timp de 5 minute, apreciind prezența aglutinației. În picăturile în care la 20-25°C a survenit aglutinarea se adaugă câte o picătură de ser fiziologic, dar nu mai devreme decât peste 3 minute după ce a survenit aglutinarea. Evaluarea rezultatului definitiv se face peste 5 minute după ce a fost adăugat serul fiziologic.

Evaluare:

- dacă aglutinarea nu a avut loc nici în una dintre picături, atunci sângele nu conține aglutinine și aparține primei grupe **0(I)**
- dacă a survenit aglutinarea cu serurile 0(I) și B(III), atunci sângele conține aglutinogenul A și aparține grupei a doua **A(II)**
- dacă a survenit aglutinarea cu serurile 0(I) și A(II),

atunci sângele conține aglutinogenul B și aparține grupei a treea **B(III)**

• prezența aglutinației în toate serurile demonstrează că sângele este de grupa a patra **AB(IV)**. În acest caz pentru a exclude aglutinarea nespecifică sângele testat este controlat cu serul AB(IV)- prezența aglutinației demonstrează că testarea a fost defectuoasă și trebuie repetată cu alte serii de seruri standarte

• rezultatele testării sângelui în ambele serii trebuie să coincidă; în caz contrar testul este repetat cu alte serii de seruri

Aprecierea factorului rezus:

• pe placa Petri marcată se aplică câte două picături de ser antirezus de două serii și câte o picătură de suspensie eritrocitară de 5-10% amestecată cu serul testat, picăturile se amestecă atent cu spatula de sticlă. Pentru control se procedează la fel cu eritrocite rezus-pozitive și rezus-negative ale grupei date de sânge

• placa Petri se situează în baie de apă la 45°C pe 7-10 min

Evaluare:

• prezența aglutinației în ambele serii demonstrează că sângele este rezus-pozitiv. În picăturile de control eritrocitele rezus-pozitive se vor aglutina, iar cele rezus-negative – nu

• lipsa aglutinației în ambele serii demonstrează că sângele este rezus-negativ. În picăturile de control eritrocitele rezus-negative se vor aglutina, iar cele rezus-pozitive – nu

• inspecția se face pe fondal alb bine luminat; dacă

sângele este rezus-negativ testul este confirmat de doi medici

Hemotransfuzia este operația de perfuzare a sângelui donatorului persoanei recipiente cu scopul restabilirii volumului sângelui pierdut atunci când hemoragia constituie peste 1000 ml (în linii generale o femeie adultă sănătoasă poate tolera o pierdere de sânge până la 20 - 30%), sau la o hemoragie mai mică la persoanele anterior anemice (Hb sub 50 g/l, hematocritul sub 15%). Hemotransfuzia poate să fie o parte componentă a pregătirii preoperatorii în stările asociate cu șoc hemoragic (de ex. sarcină tubară întreruptă), sau o parte componentă a terapiei postoperatorii cu scopul tratamentului anemiei posthemoragice

Hemotransfuzia impune respectarea strictă a unor reguli și efectuarea ***probelor de compatibilitate***:

• înainte de hemotransfuzie ***se studiază*** cu atenție ***eticheta de pe flaconul cu sângele donatorului*** (data colectării, termen de valabilitate, grupa sangvină și factorul rezus), precum ***și aspectul macroscopic al sângelui*** (prezența chiagurilor, coloratie neobișnuită, opacitate); dacă rezultatele acestei inspecții sunt satisfăcătoare, se efectuează probele ce urmează

• ***aprecierea grupei sangvine a donatorului și recipientului***

• ***proba de compatibilitate după antigenii de grupă:*** sângele donatorului și serul recipientului se aplică pe placa Petri în raport de 1:10, se amestecă cu un bastonaș de sticlă și se lasă la temperatura camerei pe 5-10 min, după care se studiază în rază de lumină prezența aglutinației în picătură. Dacă aglutinația lipsește (proba negativă), sân-

gele este compatibil după antigenele de grupă şi se recurge la următoarea probă

• ***proba de compatibilitate după factorul rezus*** (proba Soloviov): sângele donatorului şi serul recipientului se aplică pe placa Petri în raport de 1:10, se amestecă (poate fi folosit materialul din proba precedentă) şi se expune pe 10 min în baie de apă la temperatura de 46-48°C, după care se studiază în rază de lumină prezenţa aglutinaţiei în picătură. Dacă aglutinaţia lipseşte (proba negativă), sângele este compatibil după factorul rezus şi se recurge la următoarea probă

• ***proba biologică:*** sângele se încălzeşte în prealabil până la temperatura corpului. Se mobilizează vena cubitală, se conectează sistemul pentru perfuzie. Se perfuzează 25 ml de sânge al donatorului în jet, perfuzia se opreşte şi se detectează simptomele subiective ale pacientei (vertij, greaţă, cefalee, obnubilarea vederii, bronhospasm, senzaţie de căldură, dureri în epigastru sau regiunea lombară, ş.a.), indicii hemodinamici (pulsul, tensiunea arterială) şi alte semne obiective (cianoză, vomă) cu scopul relevării semnelor de intoleranţă. Dacă astfel de semne lipsesc, procedura se repetă (în total se efectuează 3 prize). Dacă pacienta suportă bine proba (proba negativă) se recurge la perfuzarea sângelui în cantitatea preconizată.

Fiecare hemotransfuzie necesită să fie argumentată (se specifică indicaţiile la hemotransfuzie) şi înregistrată în fişa de observaţie printr-un protocol. Eticheta de pe flaconul cu sânge se anexează în fişa de observaţie. Flaconul cu sângele restant după hemotransfuzie se păstrează în frigider 24 ore – în cazul dacă se vor depista complicaţii posttransfuzionale el va fi expediat pentru examinare.

Exemplu de protocol de hemotransfuzie:

Data 24 03 98 Protocolul hemotransfuziei
Ora 9^{30}

După efectuarea probei de compatibilitate după antigenele de grupă (negativă), probei de compatibilitate după factorul rezus (negativă), probei biologice (negativă) s-a început perfuzia a 400 ml de sânge grupa A(II) Rh(+), seria Nr.112345, valabil până la 03.04.98

Începutul perfuziei – 9^{30}
Sfârşitul perfuziei – 10^{45}
Complicaţii n-au fost

Semnătura

După hemotransfuzie în fişa de observaţie se descriu trei zilnice (peste 1, 2 şi 3 ore după hemotransfuzie) cu date despre acuzele, starea generală, aspectul tegumentelor, indicii hemodinamici şi funcţiile vitale ale pacientei. A doua zi după procedură se examinează în mod obligatoriu analiza generală a urinei şi hemoleucograma.

Reinfuzia sângelui în practica ginecologică se foloseşte în cazul hemoragiei masive în sarcina extrauterină, şi se efectuează intraoperator.

Tehnica. Sângele din cavitatea abdominală se colectează într-un flacon steril cu conservant (citrat de natriu, heparină). Preventiv de asupra flaconului se aplică o pâlnie în care se aşterne tifon steril în 8 straturi, prin care este filtrat sângele colectat în vas. Tifonul trebuie să fie umectat în conservant. Tifonul imbibat cu chiaguri se înlocuieşte cu unul nou. După filtrare flaconul se conectează la sistemul de perfuzie şi se recurge la reinfuzia sân-

gelui în jet sau picături fără probe prealabile. Dacă în calitate de conservant s-a folosit citratul de natriu, după fiecare 500 ml de sânge reinfuzat se introduce intravenos 10 ml soluție 10% de clorură de calciu.

Profilaxia, detectarea și terapia reacțiilor și complicațiilor posttransfuzionale.

Reacțiile și complicațiile posttransfuzionale constituie mari urgențe în practica chirurgicală și trebuie detectate la timp. Reacțiile posttransfuzionale sunt tranzitorii și nu conduc la dereglări serioase ale funcțiilor vitale, în timp ce complicațiile posttransfuzionale se caracterizează prin evoluție gravă, care pune în pericol viața pacientei.

Reacțiile posttransfuzionale acompaniază circa 1-3% de hemotransfuzii, și apar de obicei peste 20-30 min după hemotransfuzie (uneori mai devreme sau în timpul hemotransfuziei).

În funcție de gravitatea și durata simptomelor clinice reacțiile posttransfuzionale pot avea ***evoluție***

- ***ușoară***: hipertermie +1°C, mialgii, cefalee, frisoane de scurtă durată, aceste semne dispărând fără medicație specială
- ***de gravitate medie***: hipertermie +1,5 - 2°C, vertijuri, frisoane mai pronunțate, tahicardie, tahipnoe, uneori urticarie
- ***gravă***: hipertermie de peste +2°C, frisoane puternice, acrocianoză, obnubilarea vederii, cefalee pronunțată, greață, vomă, dureri în epigastru, regiunea lombară și oase, dispnee, urticarie sau edem Quincke, leucocitoză.

În funcție de cauză și manifestările clinice reacțiile posttransfuzionale pot fi de patru tipuri:

- pirogenice (43,7%)
- antigenice (nonhemolitice)
- alergice (3%)
- anafilactice

Reacțiile pirogenice:

- ***cauza:*** introducerea în organism odată cu sângele conservat a substanțelor pirogene sau microorganismelor saprofite (nerespectarea tehnicii preparării și conservării sângelui)
- ***clinica:*** hipertermie ușoară (+1°C), medie (+1,5-2°C) sau pronunțată (+2,5°C și mai mult), frisoane, stare generală afectată
- ***profilaxia:*** respectarea riguroasă a tehnicii preparării și conservării sângelui și constituienților lui
- ***tratament:*** anularea hemotransfuziei, desensibilizante (2-3 ml soluție 1% de dimedrol, 2% suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolfen), antipiretice (2 ml soluție 50% de analgină, aspirină)

Reacțiile antigenice (nonhemolitice):

- ***cauza:*** sensibilizarea organismului donatorului contra antigenelor de histocompatibilitate leucocitare (trombocitare) cu formarea anticorpilor antileucocitari (antitrombocitari) - la multipare sau la pacientele care au avut câteva hemotransfuzii în anamneză
- ***clinica:*** hipertermie, frisoane, mialgii, cefalee, tahicardie, tahipnoe, etc.
- ***profilaxia:*** efectuarea testului de compatibilitate între serul recipientului și leucocitele donatorului (proba limfocitotoxică și reacția de aglutinare leucocitară) la multipare și pacientele cu mai multe hemotransfuzii în anamne-

ză; transfuzia preferențială a masei eritrocitare sau eritrocitelor spălate decongelate (nu conțin antigeni leucocitari și trombocitari)

• ***tratament:*** anularea hemotransfuziei, 2 ml soluție 2% de promedol (sau 1 ml soluție 1% de morfină sau 2 ml soluție 0,005% de fentanil), desensibilizante (2-3 ml soluție 1% de dimedrol, 2% suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolfen), antipiretice (2 ml soluție 50% de analgină, aspirină), 5-10 ml soluție 5% de acid ascorbic, în caz de necesitate –cardiotonice

Reacțiile alergice:

• ***cauza:*** reacția de sensibilizare a organismului la diferite imunoglobuline cu formarea anticorpilor "spontani" (se întâlnesc inclusiv și la nulipare și în timpul primei hemotransfuzii)

• ***clinica:*** erupții cutanate, dispnee, bronhospasm, greață, vomă - apar peste câteva minute după începutul hemotransfuziei sau ceva mai târziu

• ***profilaxia:*** administrarea preparatelor antihistaminice înainte de hemotransfuzie la persoanele alergice, utilizarea preferențială a masei eritrocitare sau eritrocitelor spălate decongelate

• ***tratament:*** anularea hemotransfuziei, 2 ml soluție 2% de promedol (sau 1 ml soluție 1% de morfină sau 2 ml soluție 0,005% de fentanil), antihistaminice (2-3 ml soluție 1% de dimedrol, soluție 2% de suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolfen), corticosteroizi (2-3 ml soluție 3% de prednisolon, 2-3 ml soluție 0,4 % dexametazon), antipiretice (2 ml soluție 50% de analgină, aspirină), 5-10 ml soluție 5% de acid ascorbic, în caz de necesitate – cardiotonice.

Reacțiile anafilactice:

• ***cauza:*** reacția antigen-anticorp, însoțită de hiperproducția substanțelor biologic active, care alterează peretele vascular și starea patului vascular - apar la persoanele sensibilizate în urma vaccinării, seroterapiei, administrării intravenoase a preparatelor proteice, la multipare și după hemotransfuzii repetate

• ***clinica:*** anxietate, heperemia tegumentelor, cianoză, criză de asfixie, accelerarea pulsului, colaps; se pot manifesta tardiv (cu excepția șocului anafilactic) – la a 2 – 3-a și a 5 – 6-a zi după hemotransfuzie

• ***profilaxia:*** evitarea hemotransfuziilor la persoanele din grupul de risc

• ***șocul anafilactic posttransfuzional:***

- ***clinica:*** evoluție acută, survine în timpul hemotransfuziei sau în primele minute după procedură - anxietate dispnee, hiperemia tegumentelor, cianoza mucoaselor, acrocianoză, transpirație rece; dureri în mușchi, regiunea lombară și oase; respirație șuierătoare, se percepe de la distanță; puls filiform, uneori se palpează numai pe carotide; tensiune arterială foarte joasă, uneori imperceptibilă prin auscultare; zgomotele cordului atenuate, accentul zgomotului II de asupra arterei pulmonare; la percuția plămânilor sunet timpanic, auscultativ – raluri uscate șuierătoare, risc de edem pulmonar (respirație stertoroasă, tuse cu expectorații buloase, auscultativ - raluri buloase mari, medii și mici)

- ***tratament:***

1) anularea hemotransfuziei
2) imobilizarea pacientei, fixarea limbii
3) corticoterapie: i/v lent 2-4 ml soluție 3% de

prednisolon (sau 2-4 ml soluţie 0,4% de dexametazon) în 20 ml soluţie 40% de glucoză; în lipsa efectului peste 15-20 min administrarea se repetă

4) 2 ml soluţie 2% de promedol (sau 1 ml soluţie 1% de morfină sau 2 ml soluţie 0,005% de fentanil)

5) antihistaminice: 5 ml soluţie 1% de dimedrol, 2-4 ml soluţie 2% de suprastin i/v sau 2-4 ml soluţie 2,5% de pipolfen s/c

6) glicozide cardiace: 0,5 –1 ml soluţie 0,05% de strofantină sau 1 ml soluţie 0,06% de corglicon în 20 ml soluţie de ser fiziologic sau glucoză de 5%, 20% sau 40% i/v lent (timp de 5 min)

7) în cazul colapsului grav 400-800 ml soluţie de reopoliglucină în perfuzie

8) lupta cu bronhospasmul: 10 ml soluţie 2,4% de euphillină în 10-20 ml soluţie 40% de glucoză

9) în caz de edem acut al laringelui – traheotomia

10) în caz de sindrom convulsiv – 2-4 ml soluţie 0,5% de seduxen în 20 ml soluţie 40% de glucoză

11) corecţia acidozei: 200-400 ml soluţie 4% de natriu hidrocarbonat sau 400 ml soluţie 10% de lactosol

12) stimularea diurezei: 40-60 mg lazix i/v.

Complicaţiile posttransfuzionale au următoarele ***cauze:***

• incompatibilitatea sângelui donatorului cu sângele recipientului după antigenii de grupă, rezus, leucocitari, ş.a.

• sânge alterat (poluare bacteriană, supraâncălzire, hemoliză, denaturare proteică în urma păstrării îndelungate, nerespectarea regimului termic de păstrare, ş.a.)

• nerespectarea tehnicii de transfuzie (embolie cu gaze, tromboembolie, supraşarjare volemică, insuficienţă cardiovasculară, ş.a.)

• hemotransfuzii masive

• nerespectarea contraindicaţiilor pentru hemotransfuzie (hiperreactivitate, sensibilizare, ş.a.)

• introducerea agenţilor infecţioşi cu sângele transfuzat

În marea majoritate a cazurilor complicaţiile posttransfuzionale au evoluţie gravă şi pun în pericol viaţa pacientei. Mai rar transfuzia sângelui incompatibil are manifestări modeste: hepertermie a doua zi după hemotransfuzie, icter tranzitoriu, hemoglobinurie, heperbilirubinemie. De cele mai dese ori, însă, survin complicaţii posttransfuzionale grave:

A. Şocul posttransfuzional (hemolitic)

B. Insuficienţă renală acută

A. Şocul posttransfuzional (hemolitic):

• ***clinica:*** se dezvoltă în timpul hemotransfuziei sau în primele minute sau ore după ea. În afară de reacţie posttransfuzională tipică (hipertermie, frisoane puternice, bronhospasm, tahicardie, dureri în regiunea lombară,etc.) se constată clinica caracteristică pentru şoc: I fază - anxietate, frică, excitabilitate; dispnee; hiperemia tegumentelor feţei, gâtului, toracelui; vertijuri; puls accelerat, dur, plin, creşterea tensiunii arteriale, II fază – adinamie, apatie, paloarea tegumentelor; senzaţie de asfixie; vîjîituri în urechi; dureri în abdomen, cord, reguinea lombară şi sacrală; puls accelerat, filiform; hipotensiune arterială. După o perioadă de ameliorare aparentă (pacienta se simte mai bine

după prioada acută) în aceeași zi se instalează insuficienta renală acută.

• ***terapia:***

1) anularea hemotransfuziei

2) 2 ml soluție 2% de promedol (sau 1 ml soluție 1% de morfină sau 2 ml soluție 0,005% de fentanil)

3) corticoterapie: i/v lent 2-4 ml soluție 3% de prednisolon (sau 2-4 ml soluție 0,4% de dexametazon) în 20 ml soluție 40% de glucoză; în caz de necesitate administrarea corticosteroizilor este repetată, iar următoarele 2-3 zile doza este treptat diminuată până la anularea completă

4) antihistaminice: 2-3 ml soluție 1% de dimedrol, 2% de suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolfen i/v; administrarea poate fi repetată

5) preparate cardiovasculare: 2 ml soluție de cordiamină i/v, 0,5–1 ml soluție 0,05% de strofantină sau 1 ml soluție 0,06% de corglicon în 20 ml soluție de ser fiziologic sau glucoză de 5%, 20% sau 40% i/v lent (timp de 5 min)

6) terapia de perfuzie: 400-800 ml soluție de reopoliglucină, 400 ml de hemodez, 200-400 ml soluție 5% de hidrocarbonat de natriu (până la reacția bazică a urinei) sau 400 ml soluție 10% de lactosol, 200-300 ml soluție 5%, 10% sau 20% de albumină, 1000 ml soluție de ser fiziologic, sau Ringher, sau glucoză de 5%

7) heparină 50-70 Un/kg în 100-150 ml de ser fiziologic în perfuzie (în lipsa focarelor potențiale de hemoragie)

8) stimularea diurezei: furosemid i/v 80-100 mg, peste o oră 40-60 mg, peste 2-4 ore 40 mg; euphillină 2,4% 10 ml i/v în două prize cu interval de o oră; 200-400 ml soluție 15% de mannitol i/v (pe fondal de anurie mannitolul nu se

administrează). Dacă stimularea este efectivă, diureza trebuie menținută în jurul la 2,5 - 3 l pe zi

9) lupta cu anemia: transfuzia 500 ml de sânge proaspăt compatibil sau 250-300 ml de masă eritrocitară

10) exsangvinotransfuzii – este o metodă de extracorporare a sângelui hemolizat și a substituirii lui cu sânge compatibil; actualmente această metodă este mai rar folosită din cauza riscului major de complicații

11) respirație artificială (lipsa respirației spontane, ritm patologic de respirație, hipoventilație pronunțată, frecvența respirației peste 40/min, cianoză progresantă)

B. Insuficiența renală acută:

• ***clinica:*** oligoanurie›restabilirea incipientă a diurezei ›poliurie›reconvalescență; în perioada oligoanuriei sunt prezente semnele afectării tuturor organelor și sistemelor: deteriorări neurologice, metabolice, cardiovasculare, respiratorii, gastrointestinale, hemice, ș.a.

• ***terapia:***

1) spitalizare în secția de hemodializă

2) lupta cu cauza care a adus la insuficiență renală acută

3) în perioada anuriei dietă hipoproteică, asalină și hipolichidiană (20-40 g de proteine, 50-60 g de grăsimi, 250-300 g de glucide, lichid nu mai mult de 500-600 ml/nict.)

4) stimularea diurezei: furosemid 160 mg i/v în prize repetate peste 6 ore; doza nictemerală poate fi mărită până la 800-1000 mg; în faza restabilirii diurezei poate fi administrat mannitolul 0,5-1,5 g/kg; inițial 100 ml soluție 25% timp de 5-10 min, dacă următoarele 2 ore s-au eliminat 50-100 ml de urină, se administrează doza restantă

5) prednisolon 60-90 mg i/v

6) menținerea echilibrului hidroelectrolitic și lupta cu hipercaliemia: 10-20 ml soluție 10% de calciu gluconat sau clorură de calciu i/v, soluții de electroliți sub controlul ionogramei

7) vitaminoterapie: acid ascorbic 0,3 g, vitamina PP 0,06 g, riboflavin 0,005 g, acid nicotinic 0,05 g

8) lupta cu voma incoercibilă: soluții hipertonice de glucoză 400-600 ml/nict cu insulină (20-25 Un la 100 g de glucoză)

9) doze profilactice de heparină – 5000 Un de 2 ori/ nict. s/c

10) hemodializă

PARTEA XII. Infecțiile sexual transmisibile, diagnosticul și tratamentul (recomandări OSM)

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul gonoreii

Etiologie	• Este provocata de o bacterie numita Neisseria gonorrhoeae
Perioada de incubație	• Are un timp de incubație mic - 2-5 zile
Posibilitatea de infectare	• 50-90% din femei se îmbolnăvesc după un singur act sexual cu un partener infectat • 60-80% din bărbați se îmbolnăvesc după 4 contacte sexuale cu o partenară infectata
Tabloul clinic la bărbați	• Scurgere purulentă din uretră • Durere în timpul urinarii
Tabloul clinic la femei	• Scurgere cervicala purulenta • Dureri în abdomenul inferior, anorexie și febra • Disurie • Abcese ale glandelor Bartholin • Infecții ale altor regiuni: artrita, septicemie, faringita, perihepatita, endometrita, endocardita • Complicații obstetricale (corioamnionita, avort spontan, naștere prematura, oftalmie neonatala) *Notă*: În unele cazuri infecția poate decurge asimptomatic sau cu manifestări clinice minore
Diagnostic	• Frotiul secretelor vaginale (vizualizarea diplococilor gram-negativi în timpul microscopiei) - sensibilitate 50-70% • Culturi pe mediu al secretului cervical - sensibilitate 80-90% • Pacientele tu gonoree trebuie investigate și pentru alte BTS, inclusiv chlamidia, HIV, hepatita B

Tratament	Terapia recomandată: • Cefixime 400mg p.o. în doză unică, sau • Ceftriaxone 250 i.m. în doză unică, sau • Ciprofloxacini 500 mg p.o. în doză unică, sau • Ofloxacină 400 mg p.o. în doză unică, sau • Spectinomicină 2 mg i/m în doză unică, sau • Azitromicină 1 g p.o. în doză unică, sau • Norfloxacilină 800 mg p.o. în doză unică, sau • Pefloxacilină 600 mg p.o. în doză unică, sau • Cefuroxim 1.5 g p.o. în doză unică Terapia alternativă (dacă gonococii și-au păstrat sensibilitatea către antibioticele date) • Amoxicilline 3,0 g împreună cu probenicid 1,0 p.o. în doză unică, sau • Ampicilline 3,5 g împreună cu probenicid 1,0 p.o. în doză unică, sau • Benzilpenicilină 3,0 g (5 mln u.) i.m. împreună cu probenicid 1,0 p.o. în doză unică, sau • Tetraciclină 500 mg p.o. 4 ori în zi timp de 7 zile, sau • Metaciclină 0,3 g 3 ori în zi 7 zile Combinație a gonoreei cu chlamidioza • Azitromicină 1 g p.o. în doză unică, sau • Doxaciclina câte 0,1 g de 2 ori în zi p.o. timp de 7 zile Tratamentul gravidelor • Benzilpenicilină câte 500000U de 4 ori timp de 5 zile, sau • Eritromicină câte 0,5 g de 4 ori timp de 5 zile sau • Spectinomicină 2 mg i/m în doză unică

Complicații	• *La femei*: Dacă nu este tratată la timp, gonoreea poate provoca o salpingită și duce la sterilitate. În unele cazuri infecția poate nimeri în sânge și poate avea compliante sistemice: artrită, septicemie, faringită, perihepatită, endocardită • *La bărbați*: Dacă nu este tratată la timp și efectiv infecția poate duce la epididimită și sterilitate. În unele cazuri infecția poate nimeri în sânge și poate avea compliante sistemice: artrită, septicemie, endocardită • Dacă persoana infectată încearcă să se trateze sinestătător sau cu ajutorul statuilor prietenilor, procesul de însănătoșire e imposibil de controlat, ceea ce înseamnă că persoana poate să continue să fie bolnavă, fără să suspecteze, și să infecteze partenerul său • În decurs de 10-14 zile acuzele dispar chiar fără tratament. Aceasta înseamnă că patologia a trecut în stadiul cronic

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul infecției chlamidiene

Microorganismul patogenic	• Chlamydia trachomatis
Perioada de incubare	• 7-21 zile
Tabloul clinic	• Infecția nu are manifestări sau simptome specifice. Adesea infecția decurge cu simptome mici sau asimptomatic La femei: • Focarul primar se situează în mucoasa canalului cervical • De asemeni poate afecta mucoasa rectului, conjuctiva ochilor, mucoasa faringelui • La femeile simptomatice se pot constăta eliminări purulente din căile genitale, dizurie, dureri pelviene La bărbați: • Focarul primar se situează în mucoasa uretrei • La bărbații simptomatici se pot constata eliminări din uretră, dureri în timpul urinării

	Se recomanda de efectuat controlul la Chlamidia trachomatis persoanelor ce fac parte din următoarele grupe de risc: • Persoanele ce au multipli parteneri sexuali şi nu folosesc metode de protecţie de barieră. • Persoanelor ce au dereglări ale funcţiei reproductive (sterilitate, prematuritate) • Există mai multe metode de diagnostic al infecţiei chlamidiice: • *Metoda culturală*. Este cea mai informativă metodă, dar este foarte costisitoare şi greu de realizat
Diagnostic	• *Metoda imunofluorescenţei cu folosirea anticorpilor monoclonali*. Este o metodă informativă şi are o răspîndire largă în momentul de faţă • *Metoda imunofermentativă*. Se foloseşte pentru screeningul de masă al populaţiei. • *Metoda serologică*. Poate fi folosită în cazurile cînd este suspectată persistenţa infecţiei în locurile ce nu permit colectarea ţesuturilor pentru studiu. • *Diagnosticul DNC*. Se consideră ca cea mai informativă metodă, însă nu poate fi aplicată pe larg, fiind necesare unui aparataj şi reactive scumpe
Tratament	• Doxiciclină 100 mg p.o. de 2 ori pe zi timp de 7 zile; sau • Azitromicină 1,0 p.o. în doză unică, sau • Tetraciclină 500 mg p.o. de 4 ori în timp de 7 zile; sau • Eritromicină 500 mg p.o. de 4 ori în timp de 7 zile; sau • Sulfafurazol 500 mg p.o. de 4 ori timp de 10 zile, sau
Sarcina	• Femeia gravidă poate transmite patologia copilului său şi el poate să se nască cu afecţiuni ale ochilor, iar fetiţa - cu chlamidioză congenitală a organelor urogenitale Tratamentul gravidelor • Eritromicină 500 mg p.o. de 4 ori în timp de 7 zile; sau • Amoxicilină 500 mg p.o. de 3 ori în zi timp 7-10 zile

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul infecţiei urogenitală

Microorganismul patogenic	Sunt studiate 3 tipuri de micoplasme responsabile de infecţia urogenitală: • Mycoplasma hominis • Mycoplasma genitalium • Ureaplasma urealiticum
Aspecte patogenetice	Există 3 păreri referitoare la implicarea micoplasmelor în inflamaţiile genitale • Micoplasma nu are o importanţă considerabilă în patogenia infecţiei urogenitale deoarece ea poate fi depistată şi la persoanele sănătoase • Micoplasma are o importanţă patogenetică în infecţia organelor genitale • Micoplasma poate contribui la inflamaţia organelor genitale numai în anumite condiţii (scăderea imunoreactivităţii organismului asociere cu alţi agenţi microbieni)
Posibilităţi de infectare	• Pe cale sexuală • Pe cale nesexuală (instrumentele medicale pentru controlul ginecologic dacă nu sunt bine sterilizate, folosirea comună a albiturilor ş.a.)
Tablou clinic	• Infecţia nu are manifestări sau simptome specifice • Infecţia decurge frecvent cu simptome mici sau asimptomatic La femei • Uretrită • Vaginită • Endometrită La bărbaţi • Uretrită • Prostatită

Tratament	Infecţie micoplasmică izolată: • Azitromicină 0,25 g. p.o. 1 dată pe zi 6 zile, sau • Doxiciclină 0,1 g p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile, sau • Pefloxaciclină 0,6 g p.o. 1 dată pe zi 7 zile, sau • Eritromicină 0,5 g. p.o. 4 ori pe zi 7 zile Combinarea infecţiei micoplasmice cu trichomoniaza: • Metronidazol 500 mg p.o. de 2 ori pe zi timp de 7 zile • Metronidazol globule vaginale câte 0,5 g se indică 1 dată în 24 de ore timp de 6 zile • Doxiciclină 0,1 p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile Combinarea infecţiei micoplasmice cu chlamidioza: • Doxiciclină 0,1 p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile Combinarea infecţiei micoplasmice cu gonoreea: • Cefixime 400 mg p.o. în doză unică • Doxiciclină 0,1 g p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile Tratamentul gravidelor (după 12 săptămîni): • Eritromicină 0,5g p.o. 4 ori pe zi 7 zile
Complicaţii în lipsa tratamentului	La femei: • Maladie avortivă • Prematuritate • Sterilitate La bărbaţi: • Sterilitate

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul candidozei

Microorganismul patogenic	Candida albicans
Posibilitatea de infectare	• De obicei, nu se transmite pe cale sexuală • În unele cazuri poate fi transmisă şi pe cale sexuală
Aspecte patogenetice	Factorii favorizanţi pentru evoluţia colpitei micotice sunt: • Scăderea imunităţii generale • Dereglări hormonale • Dereglări metabolice • Maladii inflamatorii cronice pelviene • Maladii extragenitale cronice (diabet, tuberculoză, maladii gastrointestinale)

Tabloul clinic	La femei: • Prurit şi dureri în regiunea vulvară-vaginală • Eliminări vaginale albe, dense, „brînzoase" La bărbaţi: • Prurit şi dureri în regiunea penisului, apariţia unor papule mici pe mucoasa penisului • Infecţia decurge şi asimptomatic
Diagnosticul	• Datele clinico-anamnestice (prurit genital eliminări brînzoase din vagin depistate în timpul examenului ginecologic) • Microscopia frotiului vaginal
Tratament	Tratamentul candidozei acute: *1. Preparatele grupei imidazol* Izoconazol: • Gino-travogen 0,6 g (globule intravaginale) O singură globulă se introduce în fornicul vaginal pe noapte, sau • Travogen 0,01 g (cremă) Se aplică pe suprafaţa afectată 1 dată în zi pînă la dispariţia simptomelor, sau Clotrimazol: •Clotrimazol (pastile vaginale 0,1 şi 0,2 g) se introduc intravaginal câte o pastilă în timp de 7-10 zile, sau •Clotrimazol (cremă vaginală de 2%) se aplică intravaginal o dată pe zi timp de 7-10 zile, sau Miconazol: •Gino-pevaril-150 (supozitoare intravaginale) Un supozitor în vagin pe noapte timp de 3 zile *2. Antibiotice antimicotice* •Pimafucină: supozitoare vaginale a câte 0,1 g timp de 10 zile. •Nistatină supozitoare vaginale a câte 500000 U se aplică de 2 ori pe zi timp de 7 zile Tratamentul candidozei urogenitale cronice recidivante Se aplică atît preparate cu acţiune locală cît şi generală: *1. Preparatele grupei imidazol* •Nizoral (pastile a câte 0,2 g). Câte o pastilă de 2 ori pe zi p.o. în timp de 5 zile

	intravaginal la culcare, 7 zile Tratamentul gravidelor • În trimestrul I se recomandă metronidazol intravaginal • În trimestrul II poate fi indicat metronidazolul p.o.
Tabloul clinic, diafnosticul şi tratamentul bolii inflamatorii pelviene	
Definiţie	• Boala inflamatorie pelviană (BIP) cuprinde o gamă de infecţii ale tractului genital superior feminin
Formele clinice ale BIP	BIP presupune o infecţie a organelor genitale interne feminine • A endometrului (endometrită) • A trompelor uterine (salpingită) • A ovarelor (ooforită) • A peretelui uterin (miometrită) • A peritoneului parietal (peritonită)
Bacteriologic	BIP acută este de obicei o infecţie polimicrobiană. Agenţii microbieni decelaţi în perioada acută a BIP pot fi • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis • Bacterii aerobe endogene (E coli, Proteus Klebsiella, Streptococcus) • Bacterii anaerobe endogene (Bacteroides, Peptostreptococcus) • Mycoplasma hominis • Actinomyces israelli
Evenimente declanşatoare ale BIP	• Perioadele menstruale. Endometrul degenerativ este un mediu bun de culturi pentru agenţii microbieni • Actul sexual. Contracţiile uterine pot facilita ascensiunea bacteriilor • Evenimente iatrogene a. Avortul la cerere b. Dilatarea şi chiuretajul sau biopsia endometrială c. Montarea sau utilizarea DIU d. Histerosalpingografia

Tabloul clinic	• Dureri pelviene • Febră • Sensibilitate abdominală, anexială şi la mobilizarea colului uterin • Secreţie vaginală anormală
Diagnostic	• Datele clinice • Frotiul cervical colorat Gram. • Culdocenteză (puncţia fundului de sac Douglas). Dacă se obţine lichid purulent, o cultură poate ajuta la selecţia antibioticului • Laparoscopia. Se efectuează cînd diagnosticul nu e clar • Ultrasonografia. Poate ajuta la definirea unor mase anexiale sau sarcini ectopice, mai ales cînd pacienta are un abdomen sensibil şi nu permite un examen pelvic adecvat • Hemocultura şi alte determinări sanguine. Leucocitoza şi creşterea vitezei de sedimentare a hematiilor poate fi identificată la 40-73 paciente cu BIP
Terapie	BIP acută: • Spitalizarea pacientelor • Terapie antibacteriană. Se recomandă combinaţii de antibiotice care acoperi trei patogeni majori: N gonorrhoeae, C. trachomatis şi anaerobi a. Ceftriaxone 250 mg i.m. plus b. Doxycycline 100 mg p.o. 2 ori pe zi timp de 14 zile plus c. Metronidazol 400-500 mg p.o. 2 ori pe zi timp de 14 zile • Tetrapie de dezintoxicare (poligluchină, hemodeză) şi de corecţie a balanţei acido-bazice (sol. bicarbonat de sodiu) • Laparoscopie (dacă nu se constată efect de la terapia antibacteriană timp de 48-72 ore BIP cronică: • Terapie antibacteriană • Preparate cu acţiune imunostimulatorie (pirogenal, T-activin) • Fizioterapie (ultrasunet) • Terapie de resorbţie

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul sifilisului

Microorganismul patogenic	• Triponema palidum
Perioada de incubare	10-90 zile
Tabloul clinic	• ***Sifilisul primar.*** Apariţia unei leziuni ulcerate nedureroase şi dure (şancrul dur) în realiunea unde a avut loc contactul sexual (organele genitale externe, colul uterin, mucoasa cavităţii bucale, anus - la femei şi pe penis, mucoasa cavităţii bucale, anus - la bărbaţi). Leziunile dispar şi fără tratament peste 2-6 săptămîni. • ***Sifilisul secundar.*** Apare la pacienţii netratati la 6 săptămîni - 6 luni după infectare. Bacteriemia duce la apariţia unor eriteme maculo-papuloase pe piele şi mucoase. Apar, de asemenea, condiloma latum şi limfadenopatie generalizată. Aceste leziuni se vindecă de obicei în 2-6 săptămîni. • ***Sifilisul terţiar.*** La aproximativ o treime din pacienţii netratati, boala progresează spre sifilisul terţiar cu afectarea organică multiplă (anevrism aortic, tabes, atrofie optici, meningită)
Diagnostic	• Datele anamnestice • Datele controlului clinic • Controlul bacterioscopic al probelor proaspete din tesuturi ce scoate în vileag sperochete în stadiul primar şi secundar al bolii • Reacţiile serologice (reagina plasmatică-reacţia Wassermann, testul absorbţiei anticorpilor fluorescenţi antitreponemă, testul de microhemaglutinare pentru anticorpii la T. Pallidum)

Tratament	**1. Stadiul precoce al bolii** • Benzatin-penicilină G 2,4 milioane unităţi i.m. în doză unică, sau • Doxiciclină 100 mg p.o. de 2 ori pe zi, timp de 2 săptămîni, sau • Tetraciclină 500 mg p.o de 4 ori pe zi, timp de 2 săptămîni **2. Stadiul tardiv al bolii** • Benzatin-penicilină G 2,4 milioane unităţi i.m. săptămînal 3 săptămîni, sau • Doxiciclină 100 mg p.o. de 2 ori pe zi, timp de 4 săptămîni, sau • Tetraciclină 500 mg p.o de 4 ori pe zi, timp de 24 săptămîni **3. Neurosifilisul** • Penicilina G 12-14 mln i.v. la fiecare 4 ore timp de 10-14 zile **4. Pacientele gravide alergice la penicilină** • Eritromicină 500 mg p.o. de 4 ori pe zi, timp de 15 zile
Urmărire	• Pacientele trebuie testate folosind testele serologice la sifilis la 3,6, şi 12 luni. Pacientele cu sifilis precoce trebuie să prezinte o scădere de 4 ori a titrului după 3 luni de tratament

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul şancrului moale

Microorganismul patogenii	Un bacil mic numit Haemophilicus ducreyi
Timpul de incubaţie	3-5 zile
Tabloul clinic	La femei • Ulcerare uşoară sau un şancru moale cu o bază ulceroasă superficială, necrotică înconjurată de un halou roşu în regiunea vulvei şi a anusului • Dureri în timpul actului sexual • Dizurie şi dureri în timpul defecaţiei • Adenopatie inghinală inflamatorie La bărbaţi • Ulcerare neuniformă, dureroasă a penisului • Adenopatie inghinală

Diagnostic	• Colorarea Gram a exudatului de şancru • Colorarea Gram a aspiratului din ganglionii inflamaţi
Tratament	• Azitromicină 1 g p.o. • Ceftriaxonă 250 mg i.m. • Eritromicină 500 mg p.o. de 4 ori pe zi timp de 7 zile

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul sindromului imunodeficienţei umane (SIDA)

Microorganismul patogenic	• Virusul imunodificienţei umane (HIV)
Căile de transmitere a infecţiei	HIV poate fi transmis prin • Spermă • Sînge • Lichid vaginal HIV poate fi transmis pe următoarele căi • Contact sexual vaginal • Contact sexual anal • Folosirea acelor nesterelizate de la o persoană infectată de HIV • Transfuzie de sînge infectat cu HIV • În timpul intervenţiilor chirurgicale, dacă personalul medical are o leziune, sau rană ce contactează cu sîngele unei persoane infectate cu HIV • Contact homosexual (preponderent între bărbaţii homosexuali) • Contact heterosexual (de la bărbat la femeie şi de la femeie la bărbat) • De la o femeie gravidă infectată cu HIV la copilul ei în timpul sarcinii, naşterii, sau prin alăptarea copilului cu laptele matern după naştere HIV nu poate fi transmis • Prin sărut • Strîngeri de mînă • Alimentarea în locurile publice • Folosirea comună a veceului

Tabloul clinic	Aproximativ 80-90% din indivizii infectaţi sunt purtători asimptomatici. Timpul mediu între infecţia cu HIV şi apariţia SIDA este de 10 ani, variind între cîteva luni şi mai mult de 12 ani. 10-20% din aceşti purtători dezvoltă boala simptomatică în fiecare an şi din aceştia 80-90% vor muri în următorii 2 ani de la debutul simptomelor Progresarea simptomelor poate fi clasificaţi în următoarele stadii de dezvoltare 1. Stadiul initial al infecţiei. În majoritatea cazurilor pacienţii nu prezintă acuze. La unii peste 2-5 săptămîni după infectare se dezvoltă simptomatica unui proces infecţios viral faringită, febră, transpiraţii, mialgie, artralgie, cefalee. Anticorpii în sînge pot fi determinaţi numai peste 12 săptămîni de la infectare. Din această perioadă pacienţii pot deveni o sursă de infectare 2. Stadiul asimptomatic. În majoritatea cazurilor purtătorii de HIV sunt asimptomatici, dar ei pot fi o sursă pentru infectarea altor persoane 3. Stadiul manifestării bolii. Siniptomocomplexul include următoarele a. Limfadenopatie generalizată b. Febră (mai mult de o lună) c. Transpiraţii d. Diaree cronică (mai mult de o lună) e. Pierdere în greutate (mai mult de 10%) f. Candidoză persistentă g. Herpes intermitent 4. Stadiul final în infecţia HIV (alterare severă a imunităţii celulare) a. Sarcom Kapoşi b. Infecţii opurtuniste c. Meningită d. Moarte

Diagnostic	• Testarea serologică ELIZA nu mai devreme de 3 luni după infectarea presupusă
Tratament	Pînă în prezent nu există metode efective de tratament Persoanelor infectate cu HIV le poate fi recomandată următoarea terapie: • Terapia antiretrovirală (zidovudină) • Tratamentul complicațiilor • Dietă

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul herpesului genital

Microorganismul patogenic	• Virusul herpes simplex (tipul 1 şi 2)
Timpul de incubaţie	• 3-7 zile.
Tabloul clinic	• Infecţiile genitale herpetice primare dau tulburări atît locale cît şi sistemice. Perioada acută poate dura 2-4 săptămîni, după care de obicei trece în faza asimptomatică • Leziunile recurente apar la aproximativ jumătate din cei infectaţi şi sunt similare celor primare, dar mai puţin severe ca intensitate, durată a bolii sau aspect al efectelor sistemice
	Simptome la femei: • Ulceraţii superficiale dureroase pe mucoasa vaginului, vulvă, regiunea anală • Dizurie, uneori cu retenţie urinară • Scurgere vaginală purulentă • Simptomele sistemice pot fi, adenopatia inghinală dureroasă, mialgii, febră Simptome la bărbaţi: • Ulceraţii superficiale dureroase pe penis • Dizurie • Scurgere uretrală purulentă Simptomele sistemice pot fi aceleaşi ca la femei dar cu o intensitate mai redusă

Posibilitatea de infectare	• Transmiterea infecţiei în timpul raportului sexual este mai probabilă în perioada de manifestare acută a simptomaticii
Timpul de incubaţie	
Diagnostic	• Datele manifestării clinice • Controlul virusologic • Depistarea anticorpilor cu ajutorul metodei de imunofermentare • Metoda citomorfologică
Tratament	Herpes primar: • Aciclovir 200 mg p.o. de 5 ori pe zi timp de 7-10 zile, sau • Valtrex (valaciclovir) 0,5 g p.o. de 2 ori pe zi 3-10 zile Herpes recurent: • Aciclovir 400 mg p.o. de 2 ori pe zi timp de 5 zile Terapie simptomatică: • Spălarea regulată a suprafeţei infectate cu săpun • Preparate antialgice: paracetamol, aspirină

Condiloamele genitale intime (condyloma acuminata)

Microorganismul patogenic	• Virusul papiloma uman • Calea predominantă de transmitere este prin contact sexual
Timpul de incubare	• De la cîteva săptămîni pînă la 9 luni
Tablou clinic	• Virusul papiloma uman este responsabil de leziuni genitale mucocutanate • Leziunile au formă de negi masivi, nedureroşi ce se situează în regiunea anogenitală atît la bărbaţi cît şi la femei

Diagnostic	• Inspecţia directă descoperă negii întinşi • Colposcopia. Este utilizată în detectarea leziunilor latente sau a leziunilor asociate precanceroase cauzate de virusul papiloma uman. • Biopsia şi examenul histologic
Tratament	• Crioterapie cu azot lichid • Electrocauterizare • Vaporizare cu laser • Tehnici de distrugere chimică (podofilină acid trieloracetic) • Creme cu 5-fluorouracil • Interferon

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul pediculozei pubiene

Microorganismul patogenic	• Păduchele lat este o insectă de aproximativ 1 mm lungime. Se limitează, în general, la regiunile vulvare cu păr. Îşi lasă ouăle (lindini) la baza foliculilor piloşi. După 7 uile, din lindini apar nimfele ce se dezvoltă pînă la stadiul adult în 3 săptămîni. Un păduche adult trăieşte pînă la 30 zile. Este o BTS foarte contagioasă
Tablou clinic	• Prurut vulvar intens
Diagnostic	• Identificare a păduchilor lati ataşaţi foliculilor piloşi se poate face inspectînd cu o lupă părul regiunii pubiene
Tratament	• Soluţie de lindan 1 % pe aria infectată timp de 4 minute şi spălare • Penuetrin cremă, 1% se masează aria infectata 10 minute.

Tabloul clinic, diagnosticul şi tratamentul scabiei

Microorganismul patogenic	• Este o căpuşă de 0,4 mm lungime. Spre deosebire de păduchele lat este relativ rapidă în mişcări şi poate fi găsită oriunde pe corp, unde sapă un tunel de 5 mm lungime pentru a-şi lăsa ouăle. Durata ei de viaţă este de 30 zile
Prezentare clinică	• Simptomul predominant este un prurit sever intermitent. Mîinile, pieptul, sînii şi fesele sunt cele mai afectate regiuni
Diagnostic	• Cu o lupă se pot observa frecvent tunele liniare. Lame microscopice preparate din raclajul leziunilor suspecte pot arăta căpuşe adulte, ouă şi granule de fecale
Tratament	• Dezinfectarea hainelor, patului şi locuinţei • Permetrin cremă 5% aplicată de la gît în jos şi spălată după 8-14 ore • Soluţie de lindan 1% aplicată de la gît în jos şi spălată după 8 ore • Crotamion 10% pe timpul nopţii timp de 2 nopţi consecutive, şi spălat la 24 ore de la a doua aplicaţie

Foaia de titlu a fişei de observaţie a ginecopatelor

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIŢANU"

Catedra de obstetrică şi ginecologie Nr.2, şef catedră –prof. universitar V. Fruptu

FIŞA DE OBSERVAŢIE
a pacientei (numele, prenumele, vârsta)

Curator – (numele, prenumele, grupa, facultatea)
Conducător de grupă –
Data curaţiei -
Data prezentării fişei de observaţie -

Controlat -

Prescripţia preparatelor medicamentoase larg folosite în ginecologie

Preparate antianemice

Rp.: Tab. "Haemostimulinum" N.50
D.S. Câte o pastilă de 3 ori pe zi în timpul mesei.

Rp.: Tab. Ferramidi 0,1 N.100
D.S. Câte o pastilă de 3 ori pe zi după mâncare.

Rp.: Ferri Leki 2 ml
D.t.d. N. 20 in ampull.
S. Câte 2 ml intramuscular peste o zi.

Preparate hormonale estrogenice

Rp.: Sol. Oestroni oleosae (Folliculinum) 0,05% 1ml
D.t.d. N. 6 in ampull.
S. Câte 2 ml intramuscular fiecare 4 ore până la stoparea hemoragiei (pentru hemostaza hormonală).

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% 1ml
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. Câte 1 ml intramuscular fiecare 2 ore până la stoparea hemoragiei (pentru hemostaza hormonală).

Rp.: Sol. Synoestroli oleosae 0,1% 10ml
Ol. Vaselini 100,0
M.D.S. Pentru prelucrarea mucoasei vaginului.

Preparate hormonale gestagenice

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% 1ml
D.t.d. N. 6 in ampull.
S. 0,1 ml intracutanat cu 8 – 10 zile înainte de menstruaţie timp de 3 cicluri menstruale (în tratamentul algodismenoreei).

Rp.: Sol. Oxyprogesteroni caproatis oleosae 12,5% 1ml
D.t.d. N. 2 in ampull.
S. 1 ml intramuscular o dată în săptămână.

Preparate hormonale combinate (progestine sintetice)

Rp.: Tab. Non-Ovlon N. 21
D.S. Câte 1 pastilă 5 - 25 zi a ciclului menstrual (21 zile) la aceeași oră (cu scop de contracepție).

Rp.: Tab. Infecundini N. 21
D.S. Câte 1 pastilă 5 - 25 zi a ciclului menstrual (21 zile) la aceeași oră (cu scop de contracepție).

Rp.: Tab. Bisecurini N. 21
D.S. Câte 1 pastilă 5 - 25 zi a ciclului menstrual (21 zile) cu interval de 7 zile timp de 3-6 cicluri menstruale (cu scop de tratament).

Rp.: Tab. Marvelon® N.21
D.S. 1 zi – 6 pastile la intervale egale de timp. 2 zi – 5 pastile. 3 zi – 4 pastile ş.a.m.d. până la 1 pastilă pe zi, în total 21 zile (pentru hemostaza hormonală).

Preparate hormonale androgenice

Rp.: Sustanoni 1 ml
D.t.d. N. 6 in ampull.
S. Câte 1 ml intramuscular 1 dată în lună.

Rp.: Sol. Testosteroni oenanthatis oleosae 20% 1ml
D.t.d. N. 6 in ampull.
S. Câte 1 ml intramuscular 1 dată în săptămână.

Rp.: Tab. Methyltestosteroni 0,005 N. 10
S. Câte 1 pastilă sublingual de 2 ori pe zi.

Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 5% 1ml
D.t.d. N. 5 in ampull.
S. Câte 1 ml intramuscular peste o zi, în total 10 injecții în 2-3 cure repatate peste 1,5 luni (pentru tratamentul endometriozei).

Preparate uterotonice

Rp.: Mammophysini 1 ml
D.t.d. N. 6 in ampull
S. Câte 1 ml de 2 ori pe zi intramuscular.

Rp.: Sol. Methylergometrini 0,02% 1 ml
D.t.d. N. 5 in ampull.
S. Câte 1 ml intramuscular.

Rp.: Oxytocini 1 ml (5 U)
D.t.d. N. 5 in ampull.
S. 1 ml în 400 ml soluție 5% de glucoză în perfuzie.

Rp.: Pituitrini pro injectionibus 1 ml (5 U)
D.t.d. N. 12 in ampull.
S. Câte 1 ml subcutanat de 2 ori pe zi.

Rp.: Sol. Ergotali 0,05% 1 ml
D.t.d. N. 6 in ampull.
S. Câte 1 ml subcutanat.

Preparate hemostatice

Rp.: Sol. Vikasoli 1% 1ml
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. Câte 1 ml de 2 ori pe zi intravenos.

Rp.: Tab. Vikasoli 0,015 N.20
D.S. Câte 1 pastilă de 2 ori pe zi timp de 4 zile.

Rp.: Sol. Acidi aminocapronici 5% 100 ml
D.S. Intravenos în perfuzie.

Preparate anticoagulante

Rp.: Heparini 5 ml (1 ml – 5000 Un)
D.t.d. N. 5
S. Câte 1 ml subcutanat de 4 ori pe zi

Rp.: Ung. Heparini 25,0
D.S. De aplicat în strat subţire (0,5 –1 g pe o porţiune cu diametrul de 3 –5 cm) pe membrele inferioare de 2-3 ori pe zi, frecând până la imbibarea unguentului.

Rp.: Tab. Neodicumarini 0,1 N. 30
S. Câte 2 pastile de 3 ori în prima zi, în zilele ulterioare de micşorat treptat doza sub controlul indicelui protrombinic (nu mai mic de 40-50%) şi a analizei generale a urinei (detectarea precoce a hematuriei).

Antibiotice din grupa penicilinei

Rp.: Oxacillini-natrii 0,25
D.t.d. N. 15
S. Câte 0,75 g intramuscular de 4 ori pe zi în 2 ml apă pentru injecţii.

Rp.: Oxacillini-natrii 0,25
D.t.d. N. 20 in caps. gelat.
S. Câte 2 capsule de 6 ori pe zi cu o oră înainte de mâncare.

Rp.: Ampioxi 0,5
D.t.d. N. 20

S. Câte 0,5 g intramuscular de 4 ori pe zi în 2 ml apă pentru injecţii.

Rp.: Tab. Ampicillini 0,25 N. 20
D.S. Câte 2 pastile de 6 ori pe zi.

Rp.: Benzylpenicillini-natrii 250 000 U
D.t.d. N. 10
S. Conţinutul flaconului se disolvă în 1,5 ml soluţie 0,5% de novocaină şi se introduce intramuscular (după proba subcutană) de 6 ori pe zi.

Soluţii antiseptice

Rp.: Sol. Argenti nitratis 10% 50 ml
D.S. Pentru prelucrarea plăgii.

Rp.: Sol. Protargoli 0,5% 200 ml
D.S. Pentru instilaţii în uretră.

Rp.: Sol. Gramicidini spirituosae 2% 2 ml
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. De disolvat 2 ml de soluţie în 200 ml apă distilată. De prelucrat vaginul şi de introdus în vagin un tampon umectat in soluţia dată.

Rp.: Sol. Aethacridini lactatis 0,05% 200 ml
D.S. Pentru prelucrarea organelor genitale externe.

Rp.: Sol. Furacilini 0,02% 1000 ml
D.S. Pentru băiţe vaginale.

Rp.: Flores Chamomillae 50,0
D.S. De pregătit infuzie, de filtrat, pentru spălături vaginale de diluat 1 lingură de masă la 1 l de apă, la temperatura corpului.

Rp.: Microcidi 100 ml
D.t.d. N. 5

S. Pentru tampoane vaginale.

Preparate folosite în tratamentul tricomonazei

Rp.: Tab. Metronidazoli 0,25 N.30
D.S. 1 pastilă de 2 ori pe zi timp de 10 zile.

Rp.: Tab. Tinidazoli (Fasigyn) 0,5 N.30
D.S. 1 pastilă de 4 ori o singură zi după mâncare.

Rp.: Tab. "Clion-D" N.20
D.S. 1 pastilă de 2 ori pe zi 10 zile.

Preparate imunomodulatoare din substrat biologic

Rp.: Susp. Placentae pro injectionibus 2 ml
D.t.d. N. 4 in ampull.
S. Câte 2 ml subcutanat 1 dată în 7 zile, în total 4-5 injecţii.

Rp.: Extr. Placentae pro injectionibus 1 ml
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. 1 ml subcutanat peste o zi timp de 20 zile, în total 3 cure cu interval de 2 luni.

Rp.: Extr. Aloes fluidi 1 ml
D.t.d. N. 30 in ampull.
S. 1 ml subcutanat.

Rp.: Fibs pro injectionibus 1 ml
D.t.d. N. 30 in ampull.
S. 1 ml subcutanat.

Rp.: Corpus vitrei 2 ml
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. 2 ml subcutanat.

Rp.: Lydasi 0,1 (64 UC)
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. Conţinutul fiolei se disolvă în 1 ml soluţie 0,5% de novocaină şi se introduce subcutanat sau paracervical.

Preparate antimicotice

Rp.: Tab. Nystatini 500 000 U N. 20
D.S. 1 pastilă de 4 ori pe zi 14 zile.

Rp.: Ung Levorini 30,0
D.S. De aplicat intravaginal.

Rp.: Tab. Clotrimazoli 0,1 N. 10
D.S. 1 pastilă în fornixul posterior pe noapte.

Rp.: Tab. Fluconazoli 150
D.S. 1 pastilă 2 zile per os.

Preparate pirogenice de origine microbiană

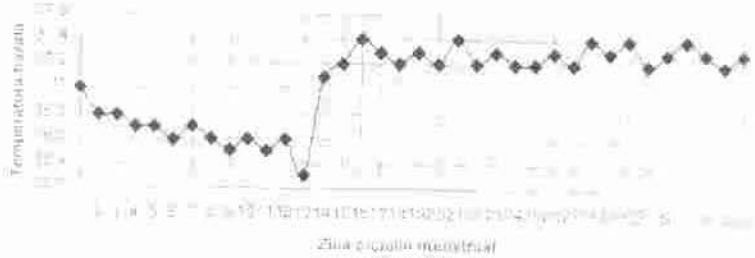
Rp.: Sol. Prodigiosani 0,005% 1ml
D.t.d. N. 6 in ampull.
S. 0,5 ml intramuscular o dată în 5 zile.

Rp.: Vaccini gonococcici 1 ml
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. 0,5 ml intramuscular (pentru provocare).

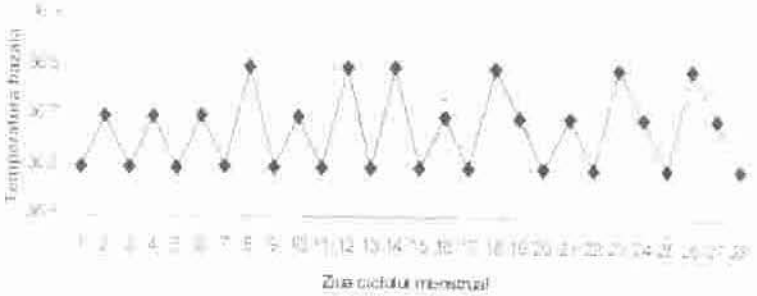
Rp.: Pyrogenali 25 DPM
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. 25 DPM intramuscular o dată la 3 zile, la fiecare următoarea injecţie de mărit doza cu 25 DPM, în total 10 injecţii.

Curbele temperaturii bazale

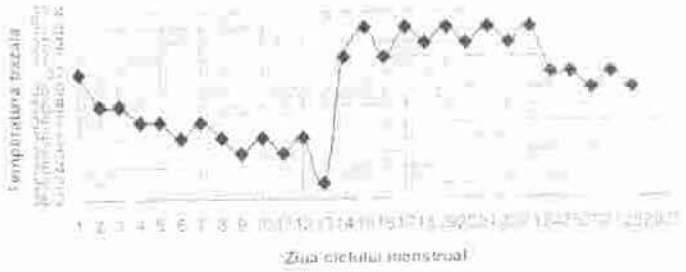
CICLU BIFAZIC - MARIREA FAZEI LUTEINICE



CICLU ANOVULATOR - CURBA MONOFAZICA



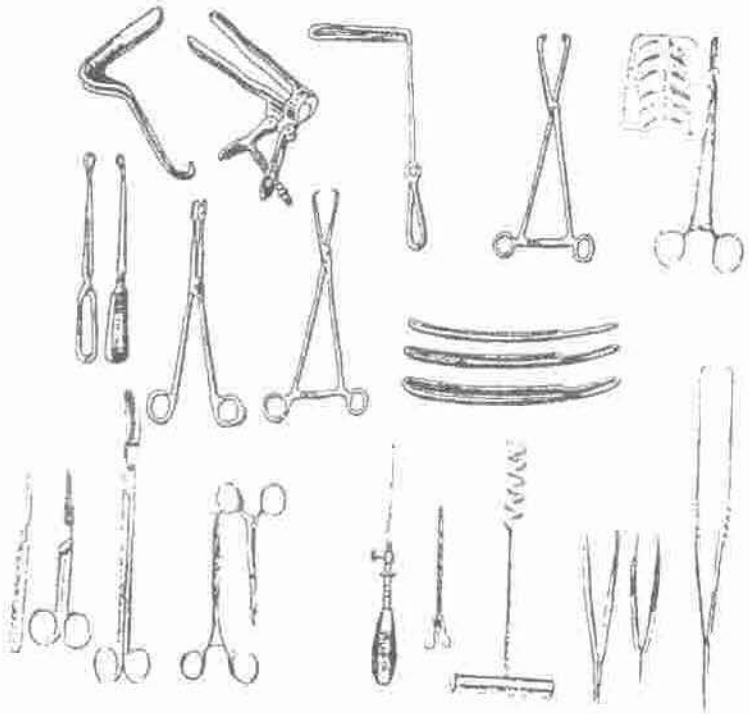
CICLUL MENSTRUAL NORMAL



CICLUL MENSTRUAL BIFAZIC CU SCURTAREA FAZEI FOLICULARE

CICLUL MENSTRUAL BIFAZIC - SCURTAREA FAZEI LUTEINICE

Instrumente pentru operații ginecologice



Instrumente pentru operații ginecologice (de la stânga la dreapta de sus în jos):

valve Simps, valve Kusco, depărtător, pensă Museau, chiurete, abortang, pensă "tire-balle", dilatatoare Hégar.

Exemple de completare a formularelor medicale

Exemple de completare a formularelor medicale

Verso (formular Nr. 203/u)

Istoria de expertiz a materialului (punctele, probele, amprentele, fotografiile)
Ходатайство получения материала (пунктов, проб, отпечатков, фотографий)

Biopsie prin aspirație a endometrului

Instituția medicală căreia îi se adresează materialul
Медицинское учреждение, куда направляется материал

de la «____» _____ an. 199____

Data eliberării adresei
Дата выдачи адресса

de la «____» _____ an. 199____

Data primirii adresei
Дата получения адресса

Formular nr. 203/u
Форма
Aprobat M.S. RM
Утверждена МЗ РМ
10.04.91 nr. 300

Ministerul Sănătății al RM
Министерство Здравоохранения РМ
Spitalul Municipal
Городская больница

FIȘA STATISTICĂ A PERSOANEI EXTERNATE DIN STAȚIONAR
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА

1. Numele, prenumele / Фамилия, имя, отчество: Moraru Lidia
Sexul / пол: femeie
Data naștere / дата рождения: 1958, 3, 16
anul, luna, ziua / год, месяц, число
2. Domiciliul / Место жительства: Chișinău, str. M. Dragan 8, ap. 19.
Locul de muncă (școală) / Место работы (учебы): pensionară
Ocupația (specialitatea) / Профессия (специальность): pensionară
4. Din a doua internare la aceeași boală / Если госпитализация повторная: consultație de consultație fișelor fișei N°7
Data internării / Дата госпитализации: ginecologie
Secția / Отделение: ginecologie
Medicul de gardă / Врач дежурный: ginecologie generală
5. Transportat la spital (indicați indicațiile de urgență) / Доставлен в стационар по экстренным показаниям (указать): da / нет
6. Peste câte zile din clinică (specificați bolile) / Через сколько часов после заболевания получение травмы (подчеркнуть): 1
Se internează în prima 6 oră / В первые 6 часов
7. 7-24 ore / час
8. peste 24 ore / спустя 24 часа
9. Data internării la spitalizare / Дата поступления в стационар: mai
1982 luna / месяц
ziua / число: 01
ora / час: 9.00
7. Bolile bolii (specificați) / Исход заболевания (подчеркнуть)
1. externat / выписан
2. omorât / умер
3. transferat / переведен
10. Data externării / Дата выписки, смерти: mai
1982 luna / месяц
ziua / число: 13
ora / час: 11.00
Th. Spitalizat / Проведено: 12 zile / дней
8. Diagnosticul clinic al bolnavului / Диагноз заболевания: Miom uterin 15 săpt.
9. Spitalizat în anul curent în legătură cu boala data / Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания
da / нет
1
repetat / повторно: 1

Editura cu imprimata „Statistica", 44(424) 04.90 / 1 100.000, Tip. din cîmpul 2, 1173

10. Diagnosticul din staționar
Диагноз стационара

Verso (formular Nr. 066/u)

	De bază Основной	Complicații Осложнения	Boli concomitente Сопутствующие заболевания	
clinic, definitiv клинический заключительный	Mom uterin 15-16 săpt.	Hipotrofie fetală Anemie gr. I.	Sănătoasă.	10 a
anatomopatologic патологоанатомический				10 b

11. În caz de deces (pe scurt cauza)
В случае смерти (указать причину)
a. Cauza imediată a morții
Непосредственная причина смерти
sau complicațiile de care a fost
или осложнения основного заболевания a) _____
boala care a provocat leșa a condițiunea
care a condițiunea a devenit
заболевания, вызвавшие или обусловившие
непосредственную причину смерти b) _____
boala de bază se indică ultima
основное заболевание указывается последним c) _____

2. Alte afecțiuni importante, care au favorizat apariția bolii, au dus la complicațiile care au condiționat cauza morții a bolnavului
Другие важные заболевания, способствовавшие возникновению заболевания или его осложнениям, приведшим непосредственную причину смерти

12. Operații chirurgicale
Хирургические операции

Data, ora Дата, час	Denumirea operației Название операции	Complicații Осложнения	
04/V 1998	Laparotomie mediană infraombilicală	n-au fost	11 a
	Histerotomie subtotală		11 b
	fără anexe		

13. Examen la RW Nr. 2. mai 1998 Rezultatul Обследования на Результат Nr. 150 negativ

14. Participant la M.D.A.P. (semnătura) da/i, nu/1 invalid da/i, nu/1
Участник Отечественной войны (подчеркнуть) да/1, нет/2 инвалид да/1, нет/2

15. Data-limită a concediului (semnătura) da/i, nu/1 invalid da/i, nu/1
Вкончательный диагноз (подчеркнуть) да/1, нет/2 инвалид да/1, нет/2

Semnătura medicului Vărlan

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Министерство Здравоохранения Республики Молдова
DMT Orașul Orșa str. Nr. 10
Numărul de identificare al instituției medicale
Идентификационный номер учреждения

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ
Formular Nr. 030/a
Форма
Aprobat de M.S. al R.M.
Утверждена М.З. РМ
25.09.92 nr. 244

FIȘA DE DISPENSARIZARE
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Numele de familie a medicului Vărlan E. Codul sau Nr. 746 Cod medicale a bolnavului
Фамилия врача Кодовый № или порядковый номер карты амбулаторного больного

Fișa de dezvoltare a copilului _____ Data luării la evidență 25/VII 97
(istoria dezvoltarii copilului) Дата взятия на учет

Data scoterii din evidență _____ Afecțiunea care a determinat dispensarizarea mom uterin 5 săpt
Дата снятия с учета Заболевание, по поводу которого был поставлен на диспансерное наблюдение

Motivul scoterii din evidență _____ Diagnosticul medical din ziua 25/VII 97
(причина снятия с учета) Диагноз основного заболевания в момент

Boala a fost depistată prin vizita la medic, prin controlul profilactic (specificați) _____
Заболевание выявлено: при обращении за врачебной, при профилактическом (указать)

1. Numele, prenumele Balan Lidia
Фамилия, имя, отчество

Sex M (1) F (2) 2. Data naștere 12.11.1953 Data și locul Chișinău, str. al Drăgari
Пол Дата рождения Адрес

Sex M (1) F (2)

Locul de muncă (școală) spălătoare
Место работы (учебы)

Ocupația (funcția) Спецбеспе (специальность)

Diagnosticul
Клинический диагноз

Editura „Cartea Moldovei", str. Ion Creangă, 37 a, tel. (373-2) 23 38 / 23 90 33 S.A. "CRIST" Ord. 142

Verso (formular Nr. 030/u)

[illegible]	25/V 97	25/I 98	25/IV 98	25/VII 98						
[illegible]	25/V 97	25/I 98	25/IV 98	25/VII 98						
[illegible]										
[illegible]										

[illegible] *miom uterin cu creștere rapidă, 10 săpt.*

[illegible]

Data / Дата	[illegible]
25/V 97	*S-a luat la evidență. Fotis cu gn, citologie, RW, USG*
25/X 97	*USG în dinamică. Tratament simptomatic*
25/I 98	*Frotiu cu gn, citologie, RW, USG. Tratament simptom*
25/IV 98	*s-a recomandat tratament chirurgical – a refuzat*
25/VII 98	*Îndreptată în staționar pentru trat. chirurgical.*

Semnătura / Подпись *Vârlan*

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Министерство Здравоохранения Республики Молдова
SCM „Sf. Treime"
denumirea instituției
наименование учреждения

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ
Formularul / ФОРМА Nr. 027/u
Aprobat de MS al RM
Утверждена МЗ РМ
25.09.92 nr. 298

EXTRAS

de pe fișa bolnavului de ambulator, de staționar (specificare)

ВЫПИСКА

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (подчеркнуть)

La / В *serviciul de consultație pentru femei N° 5*
denumirea și adresa instituției unde se expediază extrasul
наименование и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Numele, prenumele bolnavului / Фамилия, имя, отчество больного *Bodorin Elena*
2. Anul nașterii / Дата рождения *1970*
3. Domiciliul / Домашний адрес *Chișinău, str. M. Sadoveanu 16, ap. 29.*
4. Locul de muncă, ocupația / Место работы и род занятий *educatoare g/c Nr. 221*
5. Datele: a) de ambulatoriu: afecțiuni / Даты: по амбулатории: заболевания *26/XI 97*, *28/XII 97*
   trimiteri în staționar / направления в стационар *4/I 98*
   b) de staționar: internări / по стационару: поступления *16/I 98*
   externări / выбытия
6. Diagnosticul complet (afecțiunea de bază, complicații concomitente) / Полный диагноз (основное заболевание сопутствующее осложнение) *Chist al ovarului stâng. Laparotomia transversală suprapubiană. Chistectomie din stânga.*

Editura de imprimate «Statistica», a5 (254).03.98, 1. 200.000 — S. A. «Crio», com. 790

Verso (formular Nr. 027/u)

7. Anamneza pe scurt, examinări pentru constatarea diagnosticului, evoluția bolii, tratament, starea sănătății la externare.
Краткий анамнез, диагностические исследования, течения болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке.

A fost internată pentru tratament chirurgical. După examinarea și pregătirea preoperatorie la 7/I 98 s-a efectuat operația „Laparotomia după Pfannenstiel. Chistectomie din stânga", preparatul a fost expediat la examenul histologic. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații, cicatrizarea plagii peretelui abdominal anterior – per primam.

Investigații: 1) HLS – Hb – 135 g/l, L – 7,2·10, formula leucocitară N, VSH = 4 mm/oră; 2) an. gen. urinei – N, 3) an. biochimica a sângelui – prot. tot. 80 g/l, protrombin – 90%, fibrinogen – 40 g/l; bilirubina lib./conj./tot. – 0,9, 1/9, 1 mcmol/l 4) EUS – organele bazinului mic cu aspect normal, bentul N, în spațiul Dughlas lichid abs.

Recomandații curative și de muncă (îndrumări) _____
Лечебные трудовые рекомендации:

supraveghierea medicului de circumscripție

16 I 1998

Medicul curant
Лечащий врач Vârlau

SC Lib. „Sf. Treime"

ДОП. ПЕ ТРИБУНЕ
[illegible]
НАПРАВЛЕНИЕ
[illegible]

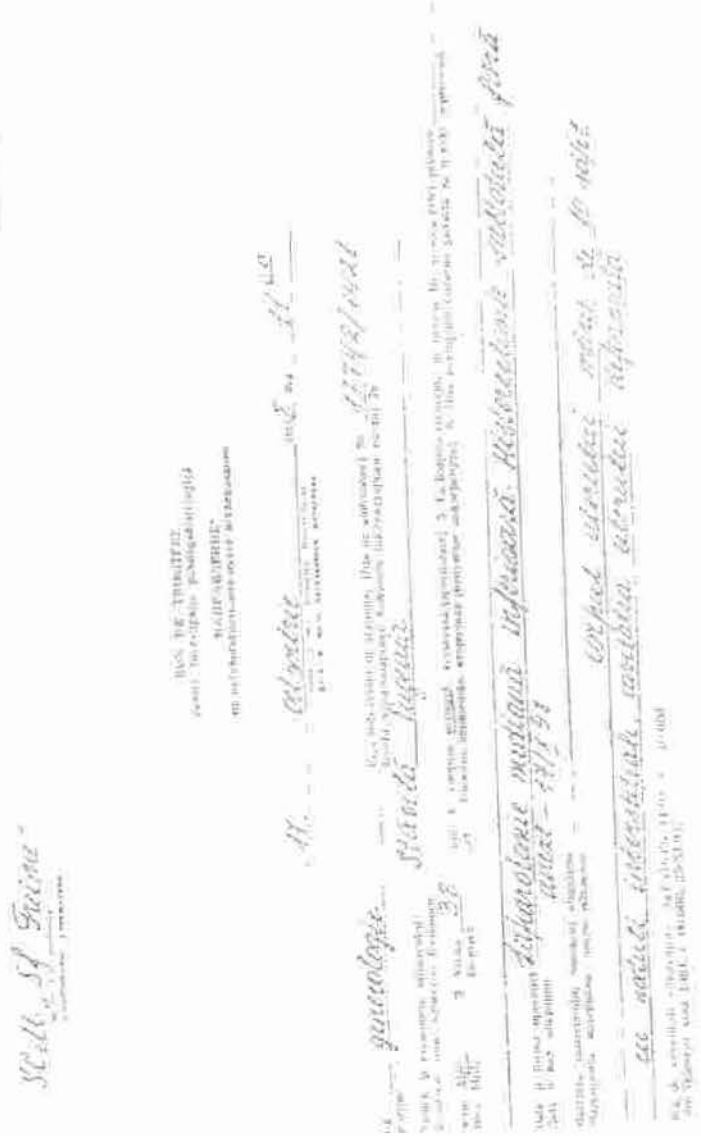
11. ... [illegible] ... 8 ... 11 ... 1974/2/1921

... ginecologie ... Stavilă Eugenia

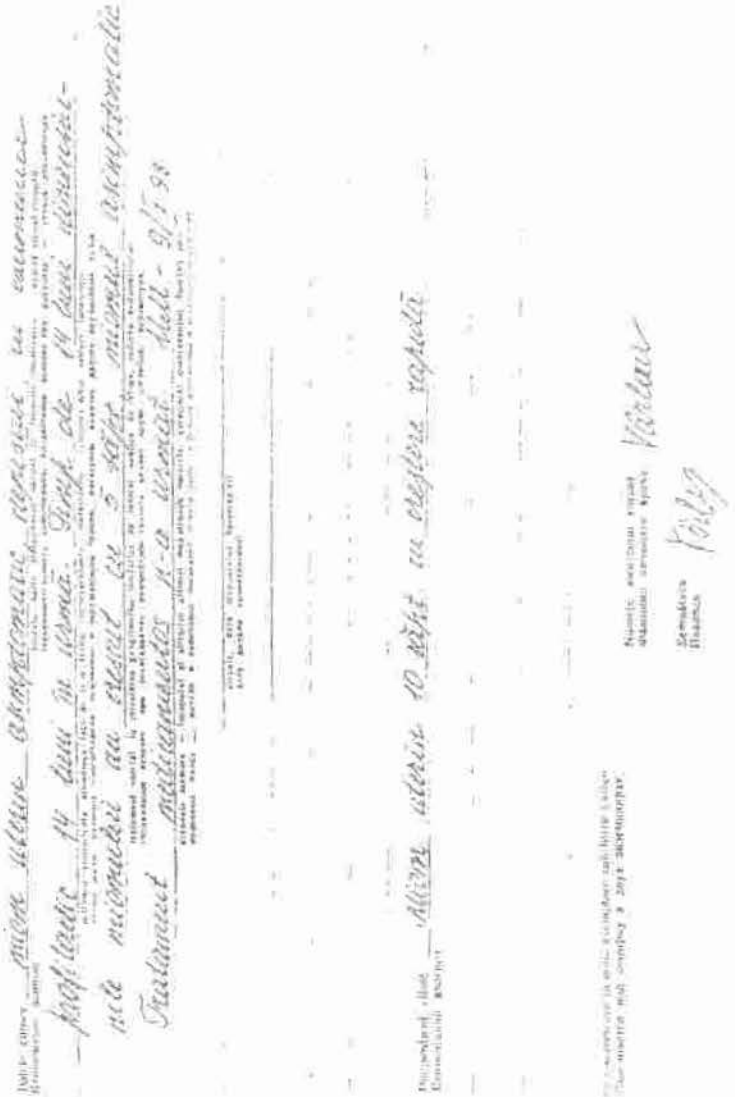
... 38 ... Litharotomie mediană infraombilică. Histerectomie subtotală fără anexe – 17/I 98

... corpul uterului mărit de 10 săpt.

... cu noduli intercentrali, cavitatea uterului deformată



Verso (formular Nr. 014/u)



Lista întrebărilor pentru partea practică a examenului la ginecologie

1. Inspecția organelor genitale externe. Descrieți datele în fișa de observație.

2. Examenul vaginului și colului uterin în specule. Descrieți datele în fișa de observație.

3. Tușeul ginecologic bimanual vagino-abdominal. Descrieți datele în fișa de observație.

4. Evaluați profilul colpocitologic la un ciclu menstrual normal. Dinamica indicelui cario-picnotic.

5. Evaluați profilul colpocitologic la un ciclu menstrual anovulator. Dinamica indicelui cario-picnotic.

6. Prezentați grafic curba temperaturii bazale la un ciclu menstrual normal.

7. Prezentați grafic curba temperaturii bazale la un ciclu menstrual anovulator.

8. Prezentați grafic curba temperaturii bazale la un ciclu menstrual dereglat pe fondal de hiperestrogenemie.

9. Prezentați grafic curba temperaturii bazale la ginecopatele cu hemoragii juvenile.

10. Prezentați grafic curba temperaturii bazale la un ciclu menstrual dereglat pe fondal de hipoluteism.

11. Culegeți anamneza la o ginecopată.

12. Recoltați aspiratul din cavitatea uterină pentru exa-

menul citologic, pregătiți frotiului citologic, completați bonul de trimitere pentru investigația citologică (formularul 203/u)

13. Profilaxia activă și pasivă a complicațiilor tromboembolice în perioada postoperatorie.

14. Recoltați materialul pentru evaluarea gradului de puritate al vaginului și pregătiți frotiul respectiv, completați bonul de trimitere în laborator.

15. Descrieți epicriza de externare a ginecopatei după operația "Laparotomie. Tubectomie din stânga" în legătură cu sarcină tubară întreruptă.

16. Pregătiți sistemul pentru perfuzia substituienților de plasmă.

17. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Raclajul diagnostic al endometrului".

18. Pregătiți instrumentele și materialul necesar pentru înlăturarea suturilor de pe plagă în urma laparotomiei. Efectuați procedura.

19. Descrieți în fișa de observație protocolul hemotransfuziei.

20. Efectuați cateterizarea vezicii urinare.

21. Completați extrasul din fișa de staționar a ginecopatei după operația "Laparotomie. Chistectomie din stînga" (formular 027/u).

22. Efectuați băiță vaginală unei paciente cu colpită.

23. Completați fișa de dispensarizare (formular 030/u).

24. Recoltați și preparați frotiul colpocitologic, completați bonul de trimitere în laboratorul citologic (formular 203/u).

25. Completați fișa statistică a persoanei externate din staționar în vîrstă de 40 de ani după operația "Laparotomie. Histerectomia subtotală fără anexe" în legătură cu miom uterin de 15-16 săptămâni.

26. Pregătiți masa sterilă cu instrumentele și materialele necesare pentru biopsia colului uterin. Completați bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u).

27. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Înlăturarea chistului peretelui vaginal lateral".

28. Principiile de sterilizare ale mănușilor și instrumentelor ginecologice.

29. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Biopsia colului uterin".

30. Pregătiți masa sterilă cu instrumentele și materialele necesare pentru puncția fornixului posterior.

31. Completați cartela medicală de ambulator pentru ginecopată (formular 025/u).

32. Pregătiți masa sterilă cu instrumentele și materialele necesare pentru raclajul diagnostic al endometrului. Completați bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u).

33. Pregătirea preoperatorie a ginecopatei cu miom uterin simptomatic.

34. Tipurile de valve vaginale şi utilizarea lor.

35. Descrieţi în fişa de observaţie protocolul operaţiei "Puncţia fornixului posterior".

36. Detectaţi şi evaluaţi semnul "pupilei".

37. Descrieţi în fişa de observaţie protocolul operaţiei "Laparotomia. Tubectomia din dreapta" în legătură cu sarcina tubară întreruptă.

38. Detectaţi şi evaluaţi semnul de extensie a glerei cervicale.

39. Pregătiţi masa sterilă cu instrumentele şi materialele necesare pentru sondajul cavităţii uterine. Efectuaţi procedura.

40. Completaţi bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u) a bioptatului din colul uterin.

41. Apreciaţi grupa de sânge.

42. Completaţi bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u) a materialului operator (chistom ovarian).

43. Evaluaţi roengenograma la metrosalpingografie.

44. Prescrieţi un anticoncepţional hormonal pacientei cu hemoragie disfuncţională uterină.

45. Preparatele pentru băiţe vaginale. Scrieţi reţeta.

46. Numiţi progestinele sintetice. Scrieţi reţeta.

47. Evaluaţi tabloul ecografic.

48. Numiţi preparatele antianemice. Scrieţi reţeta.

49. Evaluaţi gradul de puritate al conţinutului vaginal.

50. Numiţi preparatele din grupul penicilinelor semisintetice. Scrieţi reţeta.

51. Metodele de anestezie în cadrul operaţiilor ginecologice mici (anestezie pudendală, paracervicală, cu protoxid de azot, trilen. ş.a.).

52. Hemostaza hormonală cu progestine sintetice. Scrieţi reţeta.

53. Numiţi preparatele hemostatice. Scrieţi reţeta.

54. Pregătiţi instrumentele şi materialele necesare pentru hidrotubaţie.

55. Preparatele de fermenţi utilizate în ginecologie. Scrieţi reţeta.

56. Preparatele imunomodulatoare din substrat biologic utilizate în ginecologie. Scrieţi reţeta

57. Numiţi indicaţiile pentru laparoscopia diagnostică şi curativă.

58. Numiţi preparatele uterotonice. Scrieţi reţeta.

59. Profilaxia şi terapia atoniei intestinale în perioada postoperatorie.

60. Conduita postoperatorie după operaţiile plastice pe vagin.

61. Numiţi antibioticele cu spectru larg de acţiune. Scrieţi reţeta.

62. Evaluaţi hemoleucograma ginecopatei cu infecţie acută a organelor genitale.

63. Numiţi preparatele utilizate pentru tratamentul tricomonazei. Scrieţi reţeta.

64. Culegeţi anamneza ginecopatei cu sterilitate.

65. Numiţi schema de administrare a gonovaccinului. Scrieţi reţeta.

66. Efectuaţi colposcopia simplă şi detaliată.

67. Numiţi preparatele antimicotice. Scrieţi reţeta.

68. Scrieţi schema de tratament a gonoreei cronice.

69. Recoltaţi materialul şi evaluaţi semnul de cristalizare a glerei cervicale.

70. Tratamentul hormonal în ginecologie. Scrieţi reţeta.